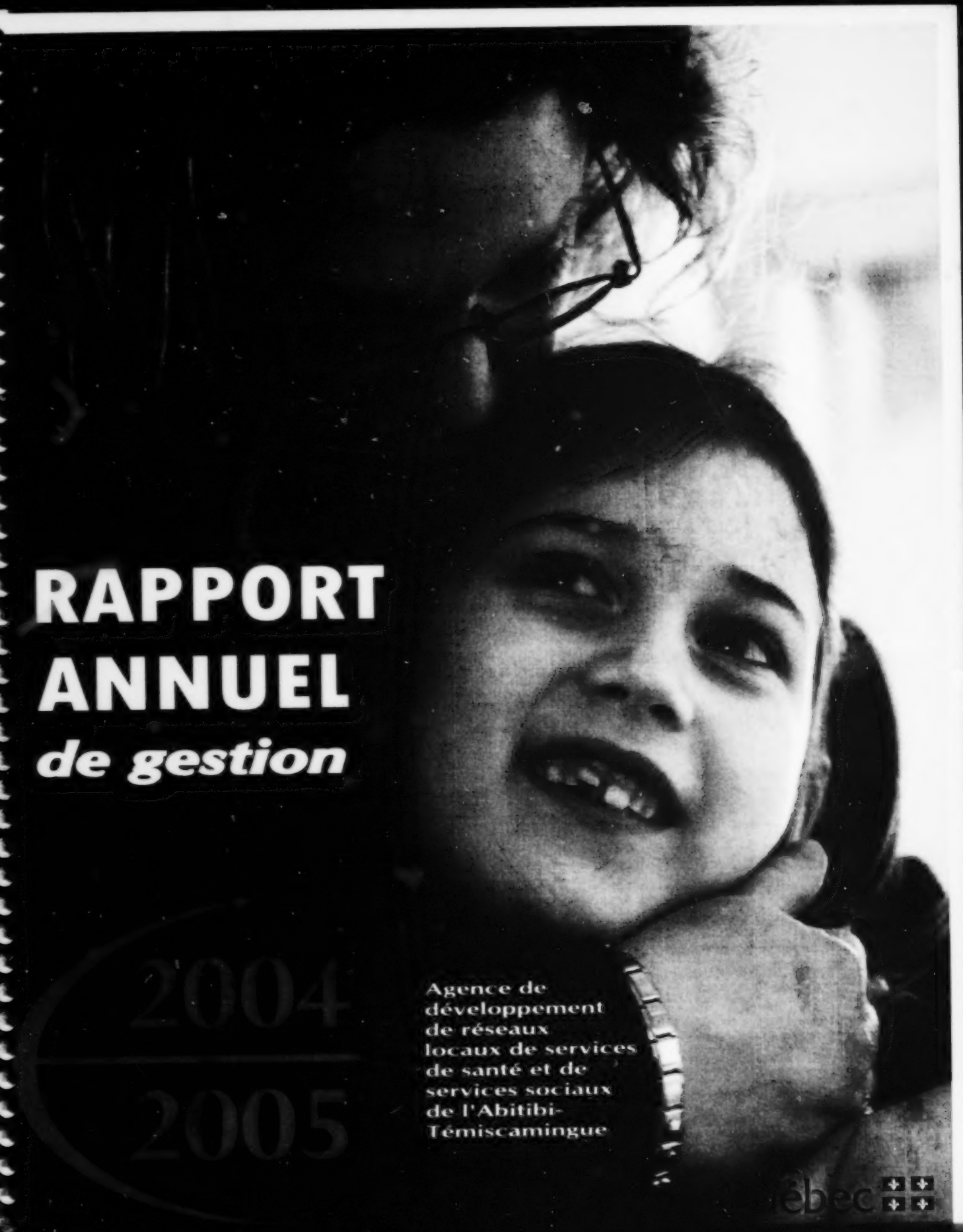


RAPPORT ANNUEL *de gestion*

2004
2005

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Québec

Adopté par résolution du conseil d'administration le 28 septembre 2005

Ce document a été réalisé par :

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 1-819-764-3264
Télécopieur : 1 -819-797-1947

Manon Cliche, commis senior secrétaire pour la conception graphique, sous la coordination de Denise Stewart, agente aux communications et aux relations avec la population, en collaboration avec le personnel de toutes les directions et services.

ISBN : 2-89391-259-1

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2005

Note : Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte. Il désigne tant les hommes que les femmes.

© Gouvernement du Québec

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et acronymes vii
Liste des tableaux ix

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION xi

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS xiii

1

RÔLE ET ÉTAT GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (AGENCE) 1

La mission, le territoire, la population 1
Le plan d'organisation, l'organigramme et les effectifs de l'Agence 2
Le réseau d'établissements de santé et de services sociaux 4
Les organismes communautaires 5
Le conseil d'administration 5
Les instances consultatives 6
La Commission infirmière régionale (CIR) 6
La Commission médicale régionale (CMR) 7
La Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) 8
Le Département régional de médecine générale (DRMG) 8
Le Département régional de médecine spécialisée (DRMS) 9
Le Forum de la population 10

2

ACTIVITÉS DE L'AGENCE 13

Les activités de l'Agence et des établissements de l'Abitibi-Témiscamingue 13
Les affaires médicales 15
Effectifs médicaux 15
Groupes de médecine de famille 17
Les activités régionales en santé et services sociaux 19
Amélioration de la qualité des services 19
Contention 19
Gestion de risques 20
Infections nosocomiales 20
Communautés autochtones 21
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement 23
Déficience physique 25
Dépendances 26
École en santé 31
Jeunes en difficulté 33
Kino-Québec 36
Maladies chroniques 36
Cancer du sein 36
Dialyse 37
Lutte contre le cancer 38
Maintien dans la communauté 38
Tabagisme 39
Maladies transmissibles 41
Périnatalité 42
Perte d'autonomie liée au vieillissement 46
Recherche et évaluation 50

Ressources de type familial 51
Ressources intermédiaires 52
Santé au travail 53
Santé dentaire 54
Santé environnementale 55
Santé mentale 57
Santé physique 61
Cardiologie tertiaire 61
Chirurgie de la cataracte 61
Chirurgie d'un jour 62
Chirurgie du remplacement du genou 62
Chirurgie du remplacement de la hanche 63
Chirurgie hospitalière 63
Imagerie par résonance magnétique 64
Laboratoires 64
Médecine nucléaire 65
Soins palliatifs 66
Système du sang 67
Urgence 68
Services en langue anglaise 68
Services généraux 69
Soutien à domicile 69
Soins infirmiers courants 70
Services psychosociaux courants 71
Services préhospitaliers d'urgence 71
Villes et villages en santé 72
Violence envers les personnes 73
Les plaintes à l'Agence et dans les établissements 76
Les ressources humaines 78
Les ressources financières, matérielles et informationnelles 82

3 **ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE** 87

Le respect des règles et des normes édictées par le Ministère 87
Le comité de partenariat 88
L'économie sociale 88

4 **DONNÉES FINANCIÈRES** 89

Situation financière de l'Agence 89
Rapport de la direction 89
Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés 90
Fonds d'exploitation – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2005 91
Fonds des activités régionalisées – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2005 91
Fonds combinés – État des soldes de fonds – Exercice terminé le 31 mars 2005 92
Fonds d'exploitation – Bilan au 31 mars 2005 92
Fonds des activités régionalisées – Bilan au 31 mars 2005 93
Fonds des immobilisations – Bilan au 31 mars 2005 93
Sommaire des fonds affectés cumulés – Bilan et solde de fonds au 31 mars 2005 94
Fonds affectés – Sommaire des bilans et état de la provenance et de l'utilisation des fonds au 31 mars 2005 95
État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits – Exercice terminé le 31 mars 2005 97
Notes aux états financiers – Exercice terminé le 31 mars 2005 98
Situation financière des établissements 103
Budget net de fonctionnement excédent ou (déficit) au 31 mars 2005 103

Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2005 104
Subventions aux organismes communautaires 105

CODE D'ÉTHIQUE DES ADMINISTRATEURS PUBLICS DE L'AGENCE 109

Introduction 109
Déclaration de principe 110
Objectif du code d'éthique 110
Personnes concernées par le code d'éthique 110
Devoirs et obligations 111
Règles relatives aux conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités 111
Déclaration d'intérêt 112
Activités politiques 112
Règles relatives aux assemblées 112
Interdiction des pratiques reliées à la rémunération 113
Devoirs et obligations de l'après-mandat 113
Mécanisme d'application et de respect du code 113
Enquête et immunité 114
Publicité du code d'éthique 114

Annexe 1 au Code d'éthique – Déclaration des intérêts des administrateurs publics 115
Annexe 2 au Code d'éthique – Engagement personnel 117
Annexe 3 – Effectifs des établissements au 31 mars 2005 119

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AGENCE	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
AMP	Activités médicales particulières
BE	Béryllium
CA	Conseil d'administration
CALAC	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCRSSS	Comité de coordination du réseau de la santé et des services sociaux
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CEGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIR	Commission infirmière régionale
CJAT	Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
CLARA	Clinique ambulatoire de radiologie
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR	Commission médicale régionale
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CQTS	Conseil québécois sur le tabac et la santé
CPS	Comité de prévention du suicide
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRJDA	Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
CQTS	Conseil québécois sur le tabac et la santé
CS	Centre de santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DG	Directrices ou directeurs généraux
DI	Déficience intellectuelle
DRH	Directrices ou directeurs des ressources humaines
DRMG	Département régional de médecine générale
DRMS	Département régional de médecine spécialisée
DSI	Directrices ou directeurs des soins infirmiers
DSP	Directrices ou directeurs des services professionnels
ESSAIS	Échange de seringues, services d'aide et d'information sur le sida
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
EVAQ	Évacuation aéroportuaire du Québec
FADOQ	Fédération de l'Âge d'Or du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GAAT	Groupe d'achats de l'Abitibi-Témiscamingue
GMF	Groupe de médecine de famille
GNAGRQ	Groupe national de gestion des risques et de la qualité
IAB	Initiatives Amis de bébés
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MAD	Maintien à domicile
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MAINC	Ministère des Affaires indiennes et du Nord du Canada
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NL-GS	Naître égaux – Grandir en santé
OLO	Oeuf, lait, orange
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
ORIIAT	Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue
OTMG	Organisation territoriale de médecine générale
PACE	Programme d'action communautaire envers les enfants
PAL	Plan d'action local de santé publique
PAPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

PDG	Président-directeur général
PDRRI	Plan directeur régional des ressources informationnelles
PFT	Programme fonctionnel et technique
PHTLS	Prehospital trauma life support
PMO	Planification de la main-d'oeuvre
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PREMO	Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique
PROS	Plan régional d'organisation de services
PSI	Plan de services individualisés
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
PSTOS	Plan stratégique triennal d'organisation de services
RAIDD-AT	Ressource d'aide et d'information en défense des droits de l'Abitibi-Témiscamingue
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RAPHAT	Regroupement des associations des personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue
RASPHA	Regroupement des associations au service des personnes handicapées d'Amos
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressource intermédiaire
RIAT	Rapport d'incident/accident transfusionnel
RLS	Réseaux locaux de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SARAT	Société de l'autisme de la région de l'Abitibi-Témiscamingue
SATAS	Service d'aide et de traitement en apprentissage social
SHQ	Société d'habitation du Québec
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIIATH	Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance
SIR	Système d'information en radiologie
SISPUQ	Système d'information sur les services préhospitaliers d'urgence du Québec
S.O.	Sans objet
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SRMO	Service régional de main-d'œuvre
TCC	Traumatisme cranio-cérébral
TED	Troubles envahissants du développement
UDI	Usagers de drogues injectables
UQAT	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VVS	Villes et villages en santé
YAPP	Y'a personne de parfait

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Effectifs de l'Agence au 31 mars 2005	4
Tableau 2	Établissements de santé et de services sociaux au 31 mars 2005	4
Tableau 3	Corridors de services au 31 mars 2005	4
Tableau 4	Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) au 31 mars 2005	5
Tableau 5	Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2005	5
Tableau 6	Membres du comité administratif de l'Agence au 31 mars 2005	6
Tableau 7	Membres de la Commission infirmière régionale au 31 mars 2005	6
Tableau 8	Membres de la Commission médicale régionale au 31 mars 2005	7
Tableau 9	Membres de la Commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2005	8
Tableau 10	Membres du Département régional de médecine générale au 31 mars 2005	9
Tableau 11	Membres du Département régional de médecine spécialisée au 31 mars 2005	10
Tableau 12	Membres du Forum de la population au 31 mars 2005	10
Tableau 13	Plans régionaux d'effectifs médicaux en spécialité et en médecine générale pour l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2005	16
Tableau 14	Plans régionaux d'effectifs médicaux en spécialité et en médecine générale par MRC au 31 mars 2005	17
Tableau 15	Bilan des dossiers de plaintes reçues à l'Agence au 31 mars 2005	76
Tableau 16	Plaintes traitées par les commissaires locaux à la qualité des services dans les établissements au 31 mars 2005	76
Tableau 17	Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les établissements au 31 mars 2005	77
Tableau 18	Fonds d'exploitation – État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2005	89
Tableau 19	Fonds des activités régionalisées – État des résultats – Exercice terminé le 31 mars 2005	89
Tableau 20	Fonds combinés – État des soldes de fonds – Exercice terminé le 31 mars 2005	90
Tableau 21	Fonds d'exploitation – Bilan au 31 mars 2005	90
Tableau 22	Fonds des activités régionalisées - Bilan au 31 mars 2005	91
Tableau 23	Fonds des immobilisations – Bilan au 31 mars 2005	91
Tableau 24	Sommaire des fonds affectés cumulés – Bilan et soldes de fonds au 31 mars 2005	92
Tableau 25	Fonds affectés par l'Agence - Sommaire des bilans et état de la provenance et de l'utilisation des fonds au 31 mars 2005	93
Tableau 26	État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits – Exercice terminé le 31 mars 2005	95
Tableau 27	Budget net de fonctionnement - Excédent ou (déficit) au 31 mars 2005	101
Tableau 28	Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2005	104
Tableau 29	Montants totaux pour chacun des types et catégories d'emprunts au 31 mars 2005	104
Tableau 28	Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités au 31 mars 2005	105

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

M. Normand Leblanc
Président-directeur général

M. Serge Larche
Président du conseil d'administration

Accompagner et soutenir

L'année 2004 a donné le coup d'envoi à la création de six réseaux locaux de services intégrés en Abitibi-Témiscamingue. Six nouveaux établissements, communément nommés centres de santé et de services sociaux, ont pour mission de veiller à la santé et au mieux-être des Témiscamiens et des Abitibiens. La responsabilité populationnelle qui leur a été confiée, découle de la volonté ministérielle de transformer fondamentalement la prestation de services. L'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la continuité des services sert de trame de fond à cette modernisation du réseau. Tous les intervenants du réseau sont conviés non seulement à traiter la maladie, mais à favoriser la santé globale des individus, de leurs familles et de leurs communautés.

Dans cette optique, la mission de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Agence) a été modifiée. Un nouveau mandat s'est ajouté, soit celui d'accompagner et de soutenir le développement des réseaux locaux. L'Agence aidera, notamment, à l'élaboration des projets cliniques et supportera tout projet novateur du réseau.

Profitant de la création des centres de santé et de services sociaux, l'Agence a réuni les directions générales des établissements au sein du Comité de coordination du réseau de la santé et des services sociaux (CCRSSS). Les participants à cette table se sont dotés d'un code de valeurs où la transparence, l'authenticité, la rigueur et la confiance ont la prépondérance. Les membres ont convenu de deux principes qui les guident dans les échanges auxquels ils sont appelés à participer, soit la primauté des intérêts de la population à desservir et l'équité dans la distribution des ressources.

Étant donné la répartition régionale des spécialités médicales et la nécessité de porter attention à la façon dont sont livrés ces services, l'Agence a voulu recueillir l'avis des médecins spécialistes de l'Abitibi-Témiscamingue sur toute question relative à l'organisation des services spécialisés. Elle a créé une instance, unique au Québec, soit le Département régional de médecine spécialisée (DRMS), indiquant ainsi son intention de favoriser la participation des médecins spécialistes à l'organisation et à l'amélioration des services. Le DRMS permet aussi de créer de véritables liens avec les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

Dans la foulée des changements à opérer, l'Agence a invité son personnel à une intense réflexion centrée sur sa nouvelle mission et la révision des rôles de chacun. Elle souhaite que les employés travaillent en équipe autour de problématiques ciblées, qu'ils animent le milieu, qu'ils favorisent l'innovation et la créativité. Ce changement de rôle est majeur et l'Agence entend soutenir la formation des personnes concernées afin de les habiliter à leurs nouvelles fonctions.

Une gamme étendue de services

Parmi les priorités régionales, il faut noter que le réseau a concentré ses efforts à réduire les listes d'attente en chirurgie et à améliorer l'accès aux services de soutien à domicile pour différentes clientèles (personnes en perte d'autonomie, soins palliatifs, déficience intellectuelle, déficience physique, troubles envahissants du développement). De façon globale, le soutien aux personnes et aux familles a été bonifié. En santé publique, notre région rejoint les clientèles à risque (tabac, cancer du sein, vaccination contre les maladies infectieuses, infections transmissibles sexuellement et par le sang).

Au cours de la prochaine année, le réseau accentuera ses efforts pour accroître, notamment les services aux jeunes en première ligne, réorganiser les services en santé mentale et privilégier les personnes atteintes de maladies chroniques.

L'équité des ressources

Une mobilisation tout à fait singulière dans le réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a permis que soient reconnues certaines particularités propres aux régions éloignées. Ces travaux, menés à l'échelle nationale, visant à rétablir l'équité dans l'allocation des ressources, ont influé sur le mode d'allocation, si bien qu'en 2005-2006, la prestation de services en santé et services sociaux en Abitibi-Témiscamingue sera soutenue par des allocations budgétaires de près de 280 M$.

Il y a à peine trois ans, notre région était considérée bien pourvue et sa richesse relative estimée à 15 M$ en surplus lorsqu'on la comparait aux autres régions. En 2004 toutefois, la situation a radicalement changé grâce aux arguments de nombreuses personnes de la région ayant été appelées à siéger aux tables nationales. Ainsi, le réseau de l'Abitibi-Témiscamingue aura pleinement droit, dès cette année, à toute nouvelle allocation de ressources.

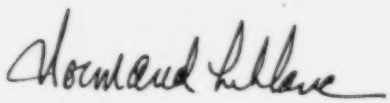
Les travaux visant à corriger la méthode d'allocation interrégionale se poursuivront en 2005-2006. Les intervenants de notre région veulent, entre autres, que soient pris en considération l'impact de la pénurie des effectifs médicaux sur l'accès aux services, de même que la consommation de la clientèle extérieure à notre région, notamment en provenance de Lebel-sur-Quévillon, Matagami, Villebois et Valcanton.

À l'heure où les investissements gouvernementaux sont généralement consentis en fonction du prorata des populations, notre région a tout avantage à faire connaître ce qu'il en coûte véritablement pour donner des services dans une région où il y a exode de la population, isolement des communautés et un taux de pauvreté inquiétant.

Globalement, l'offre de service à la population par l'ensemble des établissements et les organismes communautaires se compare avantageusement aux autres régions du Québec.

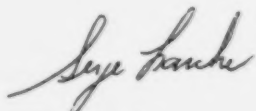
Pour ce qui est de l'accès à un médecin de famille pour les citoyennes et les citoyens de chacun des territoires de la région, les politiques ministérielles de répartition des effectifs médicaux incitent de plus en plus les médecins à s'enquérir sur la pratique médicale en Abitibi-Témiscamingue. Pour profiter pleinement de cette opportunité et attirer les gens de cette profession, l'Agence et les établissements investissent et mettent de l'avant plusieurs projets de soutien à la pratique médicale dont les cliniques interdisciplinaires pour les maladies chroniques. C'est avec confiance et détermination, associées à une diversité de solutions, que l'accès aux services médicaux peut s'améliorer.

Le Président-directeur général



Normand Leblanc

Le président du conseil d'administration



Serge Larche

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion de l'exercice 2004-2005 de l'Agence :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice financier 2004-2005.

Normand Leblanc
Président-directeur général

RÔLE ET ÉTAT GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE

1 RÔLE ET ÉTAT GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (AGENCE)

LA MISSION, LE TERRITOIRE, LA POPULATION

La mission

L'Agence a été instituée le 30 janvier 2004, en vertu de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (2003, chapitre 21). Pour les deux prochaines années, elle poursuit la mission qu'avait la Régie régionale de la santé et des services sociaux, en plus de devoir répondre à un nouveau mandat : mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés. Pour ce faire, elle définit un modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services.

En association avec ses partenaires, l'Agence vise le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Pour exercer ses responsabilités, elle agit de différentes manières :

- elle porte une vision globale intégrée de la santé et du bien-être de la population;
- elle propose et convient, avec les établissements et les autres acteurs des réseaux communautaires et institutionnels, de la contribution qu'elle attend d'eux, dans le respect des responsabilités de chacun;
- elle initie, au besoin, des mécanismes de coordination et de concertation;
- elle favorise des conditions permettant aux réseaux et aux partenaires d'assurer leurs responsabilités en regard de la santé et du bien-être de la population;
- elle s'assure de la qualité (efficience, efficacité, pertinence et interdépendance) des actions du réseau de la santé et des services sociaux;
- elle promeut l'amélioration de la performance du réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Le territoire

L'Abitibi-Témiscamingue est limitée à l'ouest par la frontière du Québec et de l'Ontario, au nord, par le 49e parallèle et, du sud à l'est, par les municipalités régionales de comté (MRC) de Pontiac, de la Vallée-de-la-Gatineau et du Haut-Saint-Maurice. C'est l'une des plus vastes régions du Québec avec quelque 65 000 km^2 de superficie; les distances y sont donc importantes. Ainsi, il faut compter près de 400 kilomètres de route entre Senneterre, au nord-est, et Témiscaming, au sud-ouest.

Au total, 63 municipalités se partagent le territoire, sans compter dix territoires non organisés. À ces derniers s'ajoute la population algonquine qui se répartit entre les quatre réserves indiennes de Kebaowek, Timiskaming, Pikogan et Lac-Simon ainsi que les trois établissements indiens de Hunter's Point, Winneway et Kitcisakik.

La population

Les dernières estimations de Statistique Canada dénombrent 145 321 personnes en Abitibi-Témiscamingue[1]. Par ailleurs, la région se divise en six territoires de réseaux locaux. Les plus peuplés sont ceux de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda qui regroupent respectivement 29 % et 27 % de la population régionale. Le territoire Les Eskers de l'Abitibi et celui des Aurores-Boréales rassemblent, pour leur part 17 % et 15 % des Témiscabitibiens. Quant aux territoires les moins populeux, ceux du Lac-Témiscamingue et de Témiscaming-et-de-Kipawa, ils comptent 9 % et 3 % des habitants de la région. La population totale de l'Abitibi-Témiscamingue représente 1,9 % de celle du Québec.

La population témiscabitibienne est un peu plus jeune et compte un peu moins de femmes que la population québécoise.

LE PLAN D'ORGANISATION, L'ORGANIGRAMME ET LES EFFECTIFS DE L'AGENCE

Le plan d'organisation

Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de façon à assurer la coordination de ses différentes composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et par la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Outre sa mission spécifique de mettre en place sur son territoire une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, l'Agence assume des fonctions reliées :

- à la population et aux usagers;
- à l'allocation des ressources financières;
- à l'organisation des services;
- à la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- à la santé publique;
- aux priorités de santé et de bien-être.

Afin de réaliser ses mandats, l'Agence héritait, à la fin janvier 2004, de l'organisation de la Régie régionale qui l'a précédée. Un nouveau conseil d'administration était par ailleurs nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

L'organisation comprend :

- un conseil d'administration, composé de membres issus de la région et assurant la gestion des orientations de l'organisation et de l'imputabilité auprès du Ministre;
- cinq instances consultatives régionales au conseil d'administration, assurant l'expertise utile à une réponse adaptée aux multiples besoins de la population de la région;
- un bureau du président-directeur général;

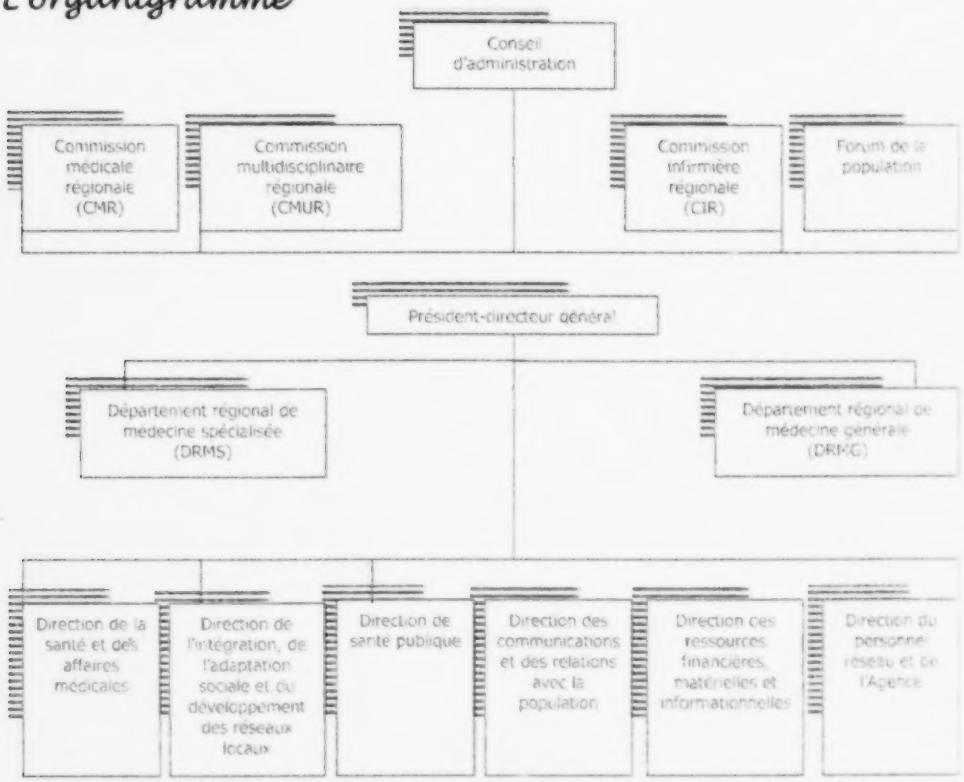
1 Source : Statistique Canada, estimations pour 2004.

106-00680/

- six directions :

  Direction de la santé et des affaires médicales
  Direction de l'intégration, de l'adaptation sociale et du développement des réseaux locaux
  Direction de santé publique
  Direction des communications et des relations avec la population
  Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles
  Direction du personnel réseau et de l'Agence

L'organigramme



Les effectifs de l'Agence

Le tableau ci-dessous synthétise l'ensemble des ressources humaines en poste qui oeuvraient pour l'Agence au 31 mars 2005. L'équivalent de cinq postes ont été supprimés suite aux compressions budgétaires.

TABLEAU 1
EFFECTIFS DE L'AGENCE AU 31 MARS 2005

PERSONNEL	2004-2005	2003-2004	Variation
LES CADRES			
• **Temps complet** (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	11	10	1
• **Temps partiel**	0	0	0
Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	0	0	0
• **Nombre de cadres en stabilité d'emploi**	1	1	0
LES EMPLOYÉS RÉGULIERS			
• **Temps complet** (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	66	67	-1
• **Temps partiel**	2	2	0
Nombre d'employés équivalents temps complet (excluant les employés en sécurité d'emploi)	1,2	1	0,2
• **Nombre d'employés en sécurité d'emploi**	0	0	0
LES OCCASIONNELS			
• **Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice**	22 580,93	30 700	8 119,07
• **Équivalents à temps complet**	12,4	16,8	-4,4

Note : Médecins et dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) : 10 (exclus des données ci-haut mentionnées).

LE RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

La région de l'Abitibi-Témiscamingue compte dix établissements publics de santé et de services sociaux, chacun étant chapeauté par un conseil d'administration spécifique.

TABLEAU 2
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AU 31 MARS 2005

ÉTABLISSEMENTS	MISSION EXPLOITÉE				
	CH	CLSC	CHSLD	CJ	CR
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	✓	✓	✓		
CSSS DE ROUYN-NORANDA	✓	✓	✓		
CSSS DE TÉMISCAMING-ET-DE-KIPAWA	✓	✓	✓		
CSSS DES AURORES-BORÉALES	✓	✓	✓		
CSSS DU LAC-TÉMISCAMINGUE	✓	✓	✓		
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI	✓	✓	✓		
ÉTABLISSEMENTS RÉGIONAUX					
CENTRE JEUNESSE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE				✓	✓
CENTRE NORMAND					✓
CRDI CLAIR FOYER					✓
CR LA MAISON					✓

TABLEAU 3
CORRIDORS DE SERVICES AU 31 MARS 2005

ÉTABLISSEMENTS	SPÉCIALITÉS RÉGIONALES
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	**Néphrologie-dialyse, Médecine nucléaire, Cytopathologie, Cardiologie, Pneumologie, Gastro-entérologie, Hématologie, Psychiatrie de longue durée, Pédopsychiatrie, Psychiatrie médicolégale**
CSSS DE ROUYN-NORANDA	**Néonatalogie, Périnatalogie, Cancérologie pédiatrique, Pédiatrie (soins intensifs), Ophtalmologie, Urologie, Oto-rhino-laryngologie, Neurologie**
CSSS DES AURORES-BORÉALES	**Dermatologie, Physiatrie, Rhumatologie**
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI	**Orthopédie, Chirurgie buccale et maxillo-faciale, Chirurgie plastique, Chirurgie thoracique et vasculaire périphérique, Traumatologie secondaire**

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

TABLEAU 4
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (PSOC) AU 31 MARS 2005

	Nombre d'organismes	PSOC ($)	Nombre d'organismes	PSOC ($)
	2004-2005		2003-2004	
ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES	7	522 640	7	502 320
ASSISTANCE ET ACCOMPAGNEMENT	0	0	0	0
AUTRES RESSOURCES JEUNESSE	5	173 767	5	173 414
AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL CALACS	4	478 416	2	434 941
CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE	4	262 949	4	257 890
CENTRES DE FEMMES	3	342 183	3	273 244
COMMUNAUTES CULTURELLES	0	0	0	0
CONCERTATION RÉGIONALE	1	53 406	1	52 983
FAMILLES	0	0	7	178 070
HOMMES EN DIFFICULTÉ	2	137 144	2	100 659
MAINTIEN À DOMICILE	25	234 481	25	238 700
MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE	4	1 695 352	4	1 449 354
MAISONS DE JEUNES	9	505 310	9	472 013
MESURES DE RECHANGE	1	475 424	1	441 320
MULTICLIENTÈLES	2	92 539	2	91 806
PERSONNES DÉMUNIES	4	100 960	4	97 183
PERSONNES HANDICAPÉES	22	607 427	21	579 157
SANTÉ MENTALE	23	1 833 214	24	1 716 817
SANTÉ PHYSIQUE	8	130 944	8	105 212
SIDA	1	50 000	1	50 920
TOTAL	125	7 696 156	130	7 216 003

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Sa composition

Au cours de l'année 2004-2005, le conseil d'administration de l'Agence a tenu dix assemblées ordinaires.

Le conseil d'administration de l'Agence a reçu la démission de M^me^ Aline Sauvageau en cours d'année.

TABLEAU 5
MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE AU 31 MARS 2005

	Membres
COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE	D^r^ Louis Bellemarre
COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE	M^me^ Marie Cloutier
COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE	M. Jacques Charest
ABITIBI	M. Michel Gagnon
ABITIBI	M. Serge Larche
ABITIBI-OUEST	M^me^ Suzanne Huard
ABITIBI-OUEST	M. Léonard Robitaille
ROUYN-NORANDA	M^me^ Johanne Bruneau
ROUYN-NORANDA	M. James Slobodian
TÉMISCAMINGUE	M. Florimont Gingras
TÉMISCAMINGUE	M^me^ Nicole Gauthier-Rochon
VALLÉE-DE-L'OR	M^me^ Anna Baptiste
VALLÉE-DE-L'OR	M^me^ Johanne Lacasse
VALLÉE-DE-L'OR	M^me^ Yolette Lévy
POSTE VACANT	
MEMBRE D'OFFICE – PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	M. Normand Leblanc

TABLEAU 6
MEMBRES DU COMITÉ ADMINISTRATIF DE L'AGENCE AU 31 MARS 2005

PRÉSIDENT	M. Serge Larche
VICE-PRÉSIDENTE	M^me Suzanne Huard
SECRÉTAIRE	M. James Slobodian
ADMINISTRATEURS	M^me Nicole Gauthier-Rochon M. Léonard Robitaille
MEMBRE D'OFFICE – PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	M. Normand Leblanc

LES INSTANCES CONSULTATIVES

La Commission infirmière régionale (CIR)

La Commission infirmière régionale (CIR) a tenu cinq rencontres au cours de l'année. À la suite du processus de fusion, la CIR a dû procéder à une mise à jour de ses règlements et réviser la composition de ses membres. La CIR relève, depuis octobre 2004, de la Direction de la santé et des affaires médicales. Elle s'est intéressée à l'implantation des réseaux locaux et des diverses instances dont la fusion des comités exécutifs du conseil des infirmières et infirmiers (CECII).

Le suivi du dossier de la formation continue, de la planification de la main-d'œuvre, de la reconnaissance du baccalauréat, de l'infirmière praticienne a été assuré tout au long de la dernière année. La CIR s'est aussi penchée sur les rôles des autres instances consultatives (DRMG, DRMS, CMR) et travaille à mettre en place des mécanismes pour favoriser les liens et les échanges entre ces comités et la CIR.

TABLEAU 7
MEMBRES DE LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE AU 31 MARS 2005

PROVENANCE	MEMBRES
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	M^me Marie Cloutier - M^me Céline Leblanc
CSSS DE ROUYN-NORANDA	M^me Anne Dupuis – M^me Josée St-Cyr
CSSS DES AURORES-BORÉALES	M. Daniel Perron
CSSS DU LAC-TÉMISCAMINGUE	M^me Sandra Savard
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI	M^me Diane Trottier, présidente
ORDRE RÉGIONAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	M^me France Lessard, observatrice
CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	M^me Claire Maisonneuve
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	M^me Sylvie Cardinal
AGENCE	M^me Hélène Rochette - M^me Marie-Josée Racicot

Plusieurs sujets ont fait l'objet d'avis de la part de la CIR, dont l'utilisation des compétences de l'infirmière dans les groupes de médecine de famille (GMF), la formation d'infirmière comme intervenant-pivot dans les équipes de soins en oncologie ainsi que la nécessité de maintenir la fonction de Direction des soins infirmiers dans les nouveaux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

La CIR s'est donnée comme mandat de faire véhiculer l'information concernant l'avancement de ces travaux via le bulletin d'information « L'AXONE », destiné aux infirmiers et infirmières de la région.

Des échanges ont également permis de planifier le processus de désignation du poste occupé par une infirmière auxiliaire, de réviser l'échéance des mandats des membres de la commission ainsi que d'élaborer les objectifs et les activités pour les années 2005-2007.

La Commission médicale régionale (CMR)

La CMR est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence :

- de donner son avis sur l'organisation et la distribution des services médicaux sur son territoire ainsi que sur le plan des effectifs médicaux;
- de donner son avis sur la qualité de l'organisation des services médicaux, leur accessibilité et la coordination;
- de donner des avis sur les modes de rémunération et l'organisation de la pratique des médecins susceptibles de répondre le mieux aux besoins de la population;
- d'exécuter tout autre mandat confié par le conseil d'administration.

En conformité avec la présente loi, les membres qui la composent sont :

TABLEAU 8
MEMBRES DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE AU 31 MARS 2005

COLLÈGE ÉLECTORAL	SOUS-COLLÈGE	MEMBRES
MÉDECINS OMNIPRATICIENS	CLSC-CS	D' Vydas Gurekas
	MRC de Témiscamingue , d'Abitibi-Ouest et Ville de Rouyn-Noranda	D' François Desbiens, vice-président
	MRC d'Abitibi et de La Vallée-de-l'Or	D^re France Picard
MÉDECINS SPÉCIALISTES	MRC de Témiscamingue et Ville de Rouyn-Noranda	D' Sylvain Lapierre
	MRC d'Abitibi et d'Abitibi-Ouest	D' Félix Gaillard
	MRC de La Vallée-de-l'Or	D' Charles Kaccoun
MEMBRES D'OFFICE – AGENCE	Directeur de santé publique	D' Réal Lacombe
	Président-directeur général	M. Normand Leblanc
MEMBRES NOMMÉS PAR LA CMR	Médecins spécialistes	D' Louis Beliemarre, président
	Médecins omnipraticiens	D' Hong Phuc Tran Le
	Médecins omnipraticiens	D^re Louise Chantal
MEMBRES OBSERVATEURS	Représentant des dentistes	D' Ghislain Cormier
	Chef du Département régional de médecine générale	D^re Yolaine Fournier
	Représentant des pharmaciens	M. Germain Legault
	Représentante des directrices et directeurs des services professionnels	D^re Annie Léger

La CMR a tenu sept rencontres régulières. Plusieurs dossiers ont été traités dont le projet de loi 83, l'affiliation avec le RUIS McGill, les corridors de services, la création des réseaux locaux de services, les projets cliniques, la garde régionale en radiologie, les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique et en spécialité. Les services de pédiatrie, de néonatalogie, la formation médicale décentralisée, l'urologie, la pneumologie, l'obstétrique-gynécologie, l'endocrinologie et la création du DRMS ont également été traités par la CMR.

En janvier 2005, la CMR a apporté un amendement à l'article 11 de la section II de son Règlement concernant la procédure d'élection. Cette modification tient compte de la représentativité des six réseaux locaux identifiés dans le nouveau modèle d'organisation des services de santé et des services sociaux.

La Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)

La Commission a tenu une rencontre au cours de l'année sur le fonctionnement en équipe multidisciplinaire. Les présentations et témoignages livrés à cette occasion par deux équipes oeuvrant dans des établissements de la région ont permis d'alimenter la réflexion et la compréhension de la multidisciplinarité et des conditions favorables à son implantation.

TABLEAU 9
MEMBRES DE LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE AU 31 MARS 2005

PROVENANCE	MEMBRES
CSSS DE ROUYN-NORANDA	M. Michel Bertrand
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	M^me^ Doris Carrier
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	M. Jacques Charest, président
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	M. Marcel Charrette
CRDI CLAIR FOYER	M^me^ Diane Comeau
CSSS DE ROUYN-NORANDA	M^me^ Guylaine Dallaire
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI	M. Janpière Fontaine
AGENCE	M^me^ Claire Firlotte
CRDI CLAIR FOYER	M^me^ Annie Lefebvre
AGENCE	M. Noël Neveu
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	M^me^ Angèle Richard
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	M^me^ Lise Therrien
CEGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	Poste vacant

Le Département régional de médecine générale (DRMG)

Pour l'exercice 2004-2005, le comité de direction du DRMG a tenu six rencontres régulières et une assemblée générale.

TABLEAU 10
MEMBRES DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE AU 31 MARS 2005

REPRÉSENTATION	MEMBRES
CSSS DE ROUYN-NORANDA	D^re^ Yolaine Fournier, chef du département
ÉTABLISSEMENTS À VOCATION RÉGIONALE	D^r^ Jean-Guy Ricard
CABINET PRIVÉ	D^r^ Simon Plourde
CSSS DES AURORES-BORÉALES	D^r^ Tri Minh Tran
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI	D^r^ Claude Beaulieu
CSSS DU LAC-TÉMISCAMINGUE	D^r^ Yanick Bureau
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	D^re^ Nancy McGee
CSSS DE TÉMISCAMING-ET-DE-KIPAWA	D^r^ Gordon Brock
AGENCE	M. Normand Leblanc, président-directeur général
AGENCE	D^r^ Réal Lacombe, directeur de la santé et des affaires médicales

Les principaux éléments qui se dégagent des rencontres ont permis de finaliser les travaux en regard des mandats tels :

- le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en médecine générale 2005 incluant le Plan des besoins et les objectifs de croissance signifiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

De plus, d'autres travaux se poursuivent dans le cadre de dossiers prioritaires, tels :

- la mise en place de réseaux d'accessibilité aux services dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) incluant l'implantation des GMF, plus spécifiquement à Témiscaming et à La Sarre. Pour le projet du CSSS Les Eskers de l'Abitibi, l'Agence est toujours en attente. Des démarches sont en cours auprès des médecins des CSSS de Rouyn-Noranda, de la Vallée-de-l'Or et du Lac-Témiscamingue. D'ailleurs, un chargé de projet local est nommé pour chacun de ces trois secteurs;
- les projets de formation avec les universités de Sherbrooke et de Montréal se poursuivent. Plus particulièrement, les stages d'externat en chirurgie générale se sont tenus au cours du présent exercice et les stages en médecine de famille devraient débuter en septembre 2005;
- l'entente particulière sur l'adhésion aux activités médicales particulières (AMP) prévoyant l'inscription des omnipraticiens au DRMG est en application depuis le 1er janvier 2004 et tous les omnipraticiens de la région y ont adhéré;
- l'entente particulière relative au respect des PREM est également en vigueur. Pour l'exercice 2004-2005, le DRMG a recruté, pour l'ensemble de la région, sept médecins dont cinq nouveaux facturants et deux en provenance d'une autre région.

Le Département régional de médecine spécialisée (DRMS)

En avril 2004, l'Agence déposait son nouveau modèle d'organisation basé sur la création de six réseaux locaux de services intégrés. Du même souffle, elle proposait différents mécanismes de coordination afin de faire valoir et de mettre à contribution les compétences du réseau, tout en les invitant à partager un même idéal d'amélioration de l'accès et de la qualité des services.

C'est dans ce contexte, sous le leadership de l'Agence, qu'un petit groupe de médecins spécialistes a relevé le défi de proposer à ses pairs la mise sur pied d'un DRMS. Ce projet visait essentiellement à mieux harmoniser et développer les différents secteurs de la médecine spécialisée en Abitibi-Témiscamingue.

La mise en œuvre du DRMS contribue à l'organisation des services en tenant compte des enjeux reliés à la population, de la pénurie de médecins tant omnipraticiens que spécialistes, de la responsabilité d'offrir les spécialités régionales réparties entre quatre établissements, des six réseaux locaux de services intégrés et de l'affiliation avec le RUIS McGill.

Le 31 mai 2004, lors de son assemblée générale, le DRMS adoptait à l'unanimité le Règlement concernant les modalités d'élection et de nomination des membres du comité exécutif ainsi que celui concernant sa régie interne. Le 21 juin 2004, le conseil d'administration de l'Agence approuvait ces deux règlements. Le processus de mise en place de l'exécutif du DRMS s'est enclenché et le 31 janvier 2005, ce dernier débutait officiellement ses activités.

Le DRMS a tenu deux rencontres officielles. Aux cours de ces rencontres, en plus d'avoir traité le dossier du PREM en spécialité, les services de pédiatrie et de néonatalogie, l'urologie, l'endocrinologie, l'anesthésie et l'affiliation avec le RUIS McGill, les membres de l'exécutif ont adopté le plan d'action et planifié une rencontre de travail.

Sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, le comité exécutif, formé des personnes suivantes, exerce les responsabilités du DRMS :

TABLEAU 11
MEMBRES DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE AU 31 MARS 2005

Représentation	Membres
CSSS de Rouyn-Noranda	Dr Sylvain Lapierre, secrétaire – Collège de chirurgie Dre Julie Héroux – Collège de médecine interne Dr Dat Nhut Nguyen – Collège d'anesthésiologie
CSSS des Aurores-Boréales	Dr Hugues Germain – Membre coopté
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Dr Félix Gaillard – Collège de chirurgie Dr Louis Bellemare – Membre coopté
CSSS de La Vallée-de-l'Or	Dre Josée Parent, chef du DRMS – Collège d'obstétrique-gynécologie Dr Belkacem Bouchek – Collège de psychiatrie Dr Charles Haccoun – Collège de pédiatrie Dr Ghyslain Lauzon – Collège de médecine interne Dr Tai Hung Do – Collège des Laboratoires
Observateurs	Dre Yolaine Fournier, Chef du DRMG Dre Lizane Chrétien, directrice des services professionnels – CSSS de la Vallée-de-l'Or
Agence	M. Normand Leblanc, président-directeur général Dr Réal Lacombe, directeur de la santé et des affaires médicales

Le Forum de la population

Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de la santé et du bien-être. Il doit également formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de ces services. De plus, le Forum doit être consulté sur le plan stratégique triennal d'organisation de services et sur le plan régional de santé publique.

La création des réseaux locaux

Dès avril 2004, le Forum de la population a terminé ses travaux de réflexion entourant la création des réseaux locaux.

Le Forum s'est réuni une seule fois en cours d'année, soit en avril 2004, afin de rencontrer le conseil d'administration de l'Agence pour lui faire part de ses préoccupations à l'égard de la modernisation du réseau. Le Forum a alors déposé un avis formel, contenant douze propositions susceptibles d'améliorer l'intégration des services.

TABLEAU 12
MEMBRES DU FORUM DE LA POPULATION AU 31 MARS 2005

Provenance	Membres
MRC de La Vallée-de-l'Or	Mme Rachèle Belley
MRC de La Vallée-de-l'Or	Mme Suzanne Couture
MRC d'Abitibi-Ouest	Mme Mariette Davidson
MRC de Témiscamingue	Mme Nicole Gauthier-Rochon
Ville de Rouyn-Noranda	M. Laurent Juteau
MRC de La Vallée-de-l'Or	Mme Janet Mark
MRC de l'Abitibi	Mme Louise Morin
MRC de Témiscamingue	M. Marcel Nadeau, vice-président
MRC d'Abitibi	Mme Carmen Nadon
MRC d'Abitibi-Ouest	Mme Huguette Néron
MRC de Témiscamingue	Mme Madeleine Paquin
MRC d'Abitibi	M. Jacques Riopel, président
Ville de Rouyn-Noranda	Mme Denise Voynaud

Au 31 mars 2005, trois postes étaient vacants dont celui de M. Gratien Gélinas de Val-d'Or, décédé en cours de mandat en 2004.

La suspension des travaux

À la mi-décembre 2004, le gouvernement du Québec a déposé à l'Assemblée nationale le projet de loi 83 visant à harmoniser la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) avec celle qui a créé les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Ce projet de loi confirmait l'intention du gouvernement, préalablement annoncée, de mettre fin à l'existence du Forum de la population, en abrogeant les articles 343.1 à 343.6 de la loi. De plus, le législateur n'a pas prévu créer une autre instance qui serait responsable d'informer et de consulter la population afin de connaître sa satisfaction à l'égard des services offerts et des résultats obtenus.

Le président du Forum a transmis l'information sur le projet de loi à ses membres en janvier 2005. Il leur a indiqué que, compte tenu des circonstances et bien que le Forum soit toujours légitimé de siéger, il estimait qu'il n'était pas pertinent de convoquer une rencontre des membres du Forum de la population.

Les membres du Forum ont informé la présidente du conseil d'administration, M^{me} Aline Sauvageau, qu'ils suspendaient leurs travaux étant donné la situation qui n'incitait pas à la mobilisation des membres. Ces derniers sont toutefois demeurés disposés à répondre à des demandes ponctuelles du conseil, le cas échéant.

Pour les mêmes raisons, les trois postes vacants au Forum de la population n'ont pas été comblés puisqu'il eut été peu pertinent de solliciter des candidats sans leur offrir l'assurance qu'ils auraient à siéger.

ACTIVITÉS DE L'AGENCE

2

2 ACTIVITÉS DE L'AGENCE

LES ACTIVITÉS DE L'AGENCE ET DES ÉTABLISSEMENTS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Projet clinique et organisationnel

Chaque territoire local doit élaborer un projet clinique et organisationnel qui respecte les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services afin de maintenir et d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.

À partir de l'automne 2004, l'Agence a mené des travaux avec le CCRSSS afin de définir et d'adopter une vision commune régionale constituant l'assise du projet clinique et organisationnel, soit la vision, les orientations et les priorités.

En janvier 2005, des activités d'appropriation (conférence, forum de discussion, groupes de travail) ont été organisées pour les professionnels de l'Agence, les gestionnaires du réseau et les membres des conseils d'administration des établissements. Dans la même période, des conditions favorisant la coordination et la concertation régionales dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets cliniques ont été mises en place. Mentionnons l'élaboration d'un cadre de référence régional des projets cliniques et organisationnels, la mise en place d'un comité régional de soutien des projets cliniques et organisationnels ainsi que la désignation d'un responsable local pour la coordination des activités d'élaboration et de mise en œuvre des projets cliniques pour chaque réseau local de services (RLS). L'Agence fournit un soutien financier à cet effet.

De plus, l'Agence a prévu produire des portraits de santé et de bien-être pour chaque RLS.

Enfin, des outils pour l'élaboration des projets cliniques pour plusieurs programmes-services sont en développement.

Réseau universitaire intégré de santé (RUIS)

En mai 2004, le RUIS McGill a été désigné comme étant le réseau universitaire responsable de soutenir l'organisation et la prestation des services médicaux en Abitibi-Témiscamingue. Le RUIS McGill doit tenir compte de la formation médicale décentralisée offerte par les trois autres réseaux universitaires qui œuvrent actuellement dans la région.

Les facultés des universités de Sherbrooke et de Montréal surtout, et McGill marginalement, offrent déjà des stages et de la formation en Abitibi-Témiscamingue. Il serait donc hasardeux de remettre en question ces collaborations puisque la formation médicale décentralisée s'est montrée, jusqu'à maintenant, être le moyen le plus efficace pour attirer de jeunes médecins à venir travailler en région dite éloignée.

Ainsi, avec l'assurance du maintien des acquis, l'arrivée d'un nouveau partenaire apparaît comme une opportunité qui contribue à la résolution de certaines difficultés d'accès à des services médicaux généraux et spécialisés dans la région ainsi qu'à des services ultra-spécialisés offerts à Montréal.

Lors d'une rencontre tenue le 21 juin 2004 à Rouyn-Noranda, les fondements de la décision ministérielle ont été expliqués, des garanties quant au maintien des acquis ont été présentées et les prochaines étapes de travail ont été esquissées.

Le RUIS McGill connaît les attentes de la région quant à l'importance d'assurer des communications de qualité en français.

L'Agence et le directeur des affaires médicales et universitaires du MSSS ont déterminé :

- les modes de collaboration entre le MSSS et l'Agence;
- les modalités de travail avec les trois réseaux universitaires et le rôle-clé du RUIS McGill;
- la nature des travaux préparatoires préalables aux rencontres de travail avec les RUIS (état des besoins et des services, corridors de services actuels, formels et informels, intrarégional et interrégionaux, bassins de desserte, consommation et production de services, productivité, ententes à formaliser, demandes prioritaires, état des lieux en formation médicale, capacités potentielles d'accueil de stagiaires et résidents additionnels et conditions associées, etc.);
- l'horizon et les échéanciers prévisibles.

L'Agence a élaboré un plan d'action afin :

- d'informer les différentes instances de coordination et de concertation (CCRSSS, DRMG, DRMS, CMR et le comité de coordination régional composé des directeurs de services professionnels (DSP)) des orientations convenues avec la Direction des affaires médicales et universitaires;
- de créer un comité de pilotage, aviseur au directeur de la santé et des affaires médicales et au président-directeur général, un comité de la formation médicale décentralisée et un comité de soutien des professionnels;
- de déterminer les mandats à confier à des professionnels et à des médecins pour mener les travaux préalables;
- de constituer des comités d'experts pour formuler des recommandations aux diverses instances afin qu'elles fournissent les avis requis.

Le président-directeur général et le directeur de la santé et des affaires médicales de l'Agence participent à des rencontres avec les représentants du RUIS McGill.

LES AFFAIRES MÉDICALES

Effectifs médicaux

Objectif découlant des plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine de famille et en spécialité (PREM)

AXE D'INTERVENTION

ATTEINTE DES PREM PAR LE RECRUTEMENT ET LE MAINTIEN DES EFFECTIFS MÉDICAUX

RÉSULTATS ATTENDUS :

Desservir la clientèle de chaque réseau local de services en améliorant l'accessibilité aux services de 1re, 2e et 3e ligne

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'effectifs autorisés aux PREM en médecine de famille et en spécialité	Médecine générale 165 postes autorisés	Médecine générale : 148 médecins en place
	Médecine spécialisée 148 postes autorisés	Médecine spécialisée : 115 médecins en place

COMMENTAIRES

La situation des effectifs médicaux s'améliore progressivement. En effet, au 31 mars 2005, l'Agence compte 148 omnipraticiens incluant trois omnipraticiens spécialisés en psychiatrie et 115 spécialistes incluant cinq omnipraticiens spécialisés en anesthésie.

Les efforts doivent se poursuivre afin de recruter des médecins pour répondre adéquatement aux besoins de la population qui nécessitent 185 équivalents à temps plein (ETP) en médecine générale et à 148 médecins spécialistes. La pénurie d'effectifs médicaux est aiguë au CSSS du Lac-Témiscamingue. Des démarches, avec les représentants de l'Université McGill, sont en cours, et ce, tant au niveau de la formation décentralisée qu'au niveau du dépannage pour améliorer cette situation.

En termes du nombre d'effectifs, l'objectif est presque atteint (84 %) mais, en termes de besoins en omnipratique, la région atteint 80 % de son objectif selon un plan de 185 ETP.

L'exercice 2004-2005 a été propice au recrutement. En effet, quinze médecins se sont installés soit cinq omnipraticiens et dix spécialistes. Cependant, six médecins (quatre spécialistes et deux omnipraticiens) ont quitté la région au cours de ce même exercice. Ces résultats traduisent les efforts déployés par les établissements et par l'Agence, tant au point de vue du recrutement que du maintien des effectifs médicaux (organisation d'activités de promotion, de visites exploratoires, recrutement à l'étranger, etc.).

Afin d'assurer l'accessibilité aux services médicaux généraux et spécialisés, tous les établissements, à l'exception du CSSS Les Eskers de l'Abitibi, font constamment appel au mécanisme de dépannage pour couvrir les services dans les salles d'urgence, auprès des malades admis et pour éviter les bris de services dans certaines spécialités dont l'anesthésie qui est la plus menacée.

Des démarches se poursuivent afin :

- que soient accordées des mesures incitatives significatives pour permettre d'accroître l'attraction et ainsi inciter les jeunes médecins à s'installer pour pratiquer en Abitibi-Témiscamingue;
- qu'un soutien financier soit disponible auprès des médecins étrangers concernant leur stage d'évaluation;
- que le respect des PREM soit rigoureux, et ce, pour l'ensemble de la province;

- que soient consolidés et développés les services de 1re ligne en CLSC (notamment les cliniques multidisciplinaires intégrant des infirmières praticiennes de première ligne pour soutenir les médecins dans la prise en charge et le suivi de malades chroniques).

TABLEAU 13
PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉ ET EN MÉDECINE GÉNÉRALE POUR L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE AU 31 MARS 2005

SPÉCIALITÉS	*PREM 2004-2005*	*SITUATION AU 31-03-2005*	*BESOINS*
ALLERGIE - IMMUNOLOGIE	1	1	0
ANATOMOPATHOLOGIE	5	5	0
ANESTHÉSIE-RÉANIMATION[1]	18	16	2
CARDIOLOGIE	3	1	2
CHIRURGIE GÉNÉRALE	15	10	5
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	6	5	1
CHIRURGIE PLASTIQUE	2	1	1
DERMATOLOGIE	3	0	3
GASTRO-ENTÉROLOGIE	3	3	0
GÉRIATRIE	1	0	1
HÉMATOLOGIE/ONCOLOGIE MÉDICALE	1	1	0
MÉDECINE D'URGENCE	2	2	0
MÉDECINE INTERNE	15	10	5
MÉDECINE NUCLÉAIRE	1	1	0
NÉPHROLOGIE	1	0	1
NEUROLOGIE	4	3	1
OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE	10	9	1
OPHTALMOLOGIE	4	3	1
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	3	3	0
PÉDIATRIE	15	12	3
PNEUMOLOGIE	3	3	0
PSYCHIATRIE	16	14	2
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	8	6	2
RHUMATOLOGIE	2	1	1
SANTÉ COMMUNAUTAIRE	3	2	1
UROLOGIE	3	3	0
TOTAL DES SPÉCIALITÉS	148	115	33

MÉDECINE GÉNÉRALE	*PREM 2004-2005*	*SITUATION AU 31-03-2005*	*BESOINS REQUIS*
OMNIPRATICIENS ETP[2]	185	148	37
NOMBRE DE MÉDECINS AUTORISÉS PAR LE MSSS AU 31 MARS 2005	165	148	17

1. En spécialité, le nombre des effectifs en anesthésie-réanimation inclut les omnipraticiens spécialisés en anesthésie (5).
2. En omnipratique, le nombre des effectifs inclut les omnipraticiens spécialisés en psychiatrie (3).

TABLEAU 14
PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉ ET EN MÉDECINE GÉNÉRALE PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES AU 31 MARS 2005

MRC	PREM Besoins en ETP omnipraticiens	Omnipraticiens et omni-psychiatres au 31 mars 2005	PREM Besoins en spécialité	Spécialistes et omni-anesthésistes au 31 mars 2005
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	32,6	32	35	32
CSSS des Aurores-Boréales	27,6	21	17	8
CSSS de Rouyn-Noranda	46,6	39	55	33
CSSS de La Vallée-de-l'Or	49	35	49	39
CSSS du Lac- Témiscamingue	17,6	11	2	3
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	6	5		
Agence	5,6	5		
TOTAL	185	148	158	115

Groupes de médecine de famille

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter la proportion de la population inscrite auprès d'un GMF

Augmenter le nombre de GMF

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion de la population inscrite auprès d'un GMF	9 %	5 %
Nombre de GMF	4	2

COMMENTAIRES

Au cours de l'été 2003, deux groupes de médecine de famille (GMF) de la région ont été accrédités par le MSSS. Il s'agit du GMF du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa et celui du CSSS des Aurores-Boréales. En cours d'année, le MSSS a revu et modifié l'aide technique et financière accordée à un GMF. Nos GMF accrédités en région devront donc, lors du renouvellement de leur convention, répondre à de nouvelles normes.

GMF du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa
En date du 30 avril 2005, le GMF compte cinq médecins partenaires. Le GMF a inscrit 2421 personnes. Les personnes vulnérables inscrites représentent environ 15 % de leur clientèle. Au cours de l'année, le GMF a déployé l'application du prescripteur pharmacologique ainsi que l'application des résultats des laboratoires.

GMF du CSSS des Aurores-Boréales
En date du 30 avril 2005, le GMF est composé de seize médecins partenaires. Le nombre de personnes inscrites au GMF est de 5375 personnes. Les personnes vulnérables inscrites sont estimées à 27 % de leur clientèle.

Le MSSS a procédé, au début de 2005, au transfert du parc informatique de tous les GMF privés. Depuis février 2005, les équipements informatiques sont la propriété du GMF des Aurores-Boréales. De plus, au cours de l'année, le GMF a modifié son système de gestion informatique et l'application des résultats des laboratoires afin que ce GMF soit accessible en juin 2005.

L'objectif de l'Agence de mettre en place un groupe de médecine de famille, dans chacune des MRC, est toujours maintenu, et ce, afin d'améliorer le service de prise en charge et du suivi de la clientèle de son territoire.

Au cours de l'année 2004-2005, quatre groupes de médecins de différentes MRC ont manifesté leur intérêt à former un GMF. Les équipes, avec la collaboration de leur chargé de projet local, travaillent à compléter les différentes ententes. L'ensemble des projets verra le jour au cours de l'année 2005-2006.

LES ACTIVITÉS RÉGIONALES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Amélioration de la qualité des services

Contention

Objectif découlant des orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques

AXE D'INTERVENTION

AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

RÉSULTATS ATTENDUS

Adoption par tous les établissements d'un protocole sur le recours à des mesures de contrôle selon l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Dépôt à l'Agence par les établissements des protocoles d'application sur les mesures de contrôle suite à l'adoption par leur conseil d'administration	Adoption des protocoles par dix établissements	8 établissements ont déposé à l'Agence leur protocole d'application sur les mesures de contrôle

COMMENTAIRES

Parmi les huit établissements ayant déposé à l'Agence leur protocole d'application sur le recours aux mesures de contrôle, trois avaient déjà procédé à la révision en 2003-2004.

En cours d'année 2004-2005, cinq établissements ont terminé leurs travaux de révision et soumis à leur conseil d'administration un protocole d'application qui tient compte des orientations ministérielles. À la suite des regroupements des établissements pour former les CSSS, les protocoles d'application pour les usagers en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et ceux pour les clientèles en centre hospitalier (CH) ont fait l'objet de travaux pour que soient harmonisées les pratiques cliniques.

À ce titre, deux CSSS n'avaient pas finalisé la mise en commun des protocoles qui étaient en application au 30 juin 2004. L'Agence assure un suivi spécifique auprès des CSSS concernés pour que les protocoles respectent les orientations ministérielles. De plus, au cours de l'année 2004-2005, deux établissements ont entrepris des travaux de révision afin de réduire le recours aux mesures de contrôle. Finalement, chaque établissement a désigné un répondant, qui agit à titre d'interlocuteur auprès de l'Agence, pour toutes les questions concernant les mesures de contrôle.

Gestion de risques

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION

AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

RÉSULTATS ATTENDUS

Assurer le suivi de la mise en œuvre de la loi 71 sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux en mettant en place, dans chaque établissement, les mesures suivantes :

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion des risques et de la qualité	10	9
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	10	10
Nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	10	10
Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	10	10
Nombre de sessions d'information/formation offertes sous l'égide du Groupe national de gestion des risques et de la qualité (GNAGRQ)	1	Sans objet
Nombre de groupes et de personnes ayant participé au programme de formation élaboré par le MSSS en collaboration avec le GNAGRQ	1	Sans objet
Nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	10	8

COMMENTAIRES

La majorité des cibles est atteinte.

Pour les cibles non atteintes, soit l'inscription à l'agrément et la mise en place d'un comité de gestion des risques et de la qualité, les démarches sont amorcées afin de répondre aux attentes au cours de l'année 2005-2006.

Aucune formation supplémentaire n'a été rendue disponible en 2004-2005 par le GNAGRQ. Une formation avait été réalisée en région en décembre 2003.

Infections nosocomiales

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION

AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

RÉSULTATS ATTENDUS

Mesures pour contrer les infections nosocomiales

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales (1 ETP par 133 lits)	6	4
Nombre d'établissements ayant adopté une politique interne de stérilisation des équipements médicaux	6	Sans objet

COMMENTAIRES

Malgré ces chiffres, le ratio est toutefois presque atteint; il manque 0,2 poste sur 2,4 ETP. Toutefois, ces postes étaient sur le point d'être comblés au 31 mars 2005.

La politique mentionnée devait être mise en place à la suite de la diffusion des barèmes du MSSS en 2004-2005. Ces barèmes n'ont pas été diffusés par le MSSS.

Il existe des politiques au regard de la stérilisation des équipements médicaux, toutefois les barèmes qui doivent permettre la mise à jour de ces politiques n'ont pas été diffusés par le MSSS.

Objectif découlant des orientations ministérielles priorités 2004-2005

AXE D'INTERVENTION — **MESURES POUR CONTRER LES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

RÉSULTATS ATTENDUS

Évaluer la capacité des établissements à répondre aux lignes directrices sur les mesures de prévention et de contrôle du *Clostridium difficile* émises par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'établissements ayant été visités	6 établissements	6 établissements

COMMENTAIRES

À la suite des éclosions de *Clostridium difficile*, au printemps 2004, le MSSS a établi un plan de contrôle pour faire face aux infections nosocomiales.

Parmi les activités prescrites, il a demandé une évaluation de tous les CSSS (volet hospitalier) du Québec. Les visites ont été réalisées entre le 3 et le 13 décembre 2004.

Une équipe de l'Agence, représentant la Direction de santé publique et la Direction de la santé et des affaires médicales, a procédé aux visites. Un rapport de ces visites ainsi qu'un plan d'action ont été déposés au MSSS pour faire état de la situation. Un budget non récurrent de 100 000 $ a été réparti aux établissements afin de rehausser les effectifs en prévention des infections en plus d'un budget de 390 000 $ pour l'achat d'équipement ou des immobilisations.

Communautés autochtones

Objectifs découlant de l'orientation régionale concernant les services sociaux dispensés dans les communautés autochtones de la région

AXE D'INTERVENTION — **COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES**

RÉSULTATS ATTENDUS

Consolider l'organisation des services sociaux dans les communautés de Pikogan, Lac-Simon, Kitcisakik, Timiskaming, Winneway et Kipawa

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Disponibilité des ressources humaines nécessaires dans chacune des communautés	Schéma de poste comblé dans chacune des communautés	Schéma de poste comblé dans toutes les communautés
	Budget pour services externes augmenté	Aucun rehaussement budgétaire pour les services externes
Liste d'attente face aux services visés par les ententes	Liste d'attente inexistante dans chacune des communautés	Liste d'attente inexistante dans toutes les communautés sauf à Lac-Simon où la liste d'attente a varié entre 5 et 7 dossiers
Régularisation du taux per diem en réadaptation interne	Taux défini et accepté par le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC) et par le MSSS	Taux défini et accepté par le MAINC et le MSSS

COMMENTAIRES

Des démarches ont été effectuées avec succès, en collaboration avec le MSSS, afin d'assurer un financement plus adéquat des services de réadaptation interne de la part du MAINC, qui est responsable du financement des services. En externe, l'accès aux services sociaux est maintenu malgré un contexte financier difficile. La stabilité des ressources humaines est fragile. Ces démarches devront être poursuivies en 2005-2006 afin d'assurer aux communautés autochtones un accès adéquat aux services de santé et aux services sociaux en milieu naturel. Les ressources doivent être rehaussées de façon importante.

RÉSULTATS ATTENDUS

Assurer un suivi et une évaluation d'une entente spécifique avec le Anishnabe Long Term Care Centre (CHSLD privé non conventionné) pour l'hébergement de la clientèle autochtone de la région vivant hors réserve

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Bilan financier de l'établissement	Augmentation du taux d'occupation	Taux d'occupation maximal atteint. Augmentation des revenus, diminution des dépenses et atteinte de l'équilibre budgétaire
	Rationalisation financière	
Nombre de personnes autochtones hébergées en provenance du réseau public	Trois personnes, en provenance du réseau public, hébergées dans l'établissement	Équivalent de deux personnes hébergées en provenance du réseau public

COMMENTAIRES

Plusieurs rencontres de concertation ont eu lieu avec les membres des deux comités de suivi aux ententes de financement (communautés autochtones de l'Est et de l'Ouest de la région, MAINC, Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT) et Agence).

Une étude des besoins en services sociaux pour les communautés de l'Est de la région (Lac-Simon, Pikogan et Kitcisakik) est en cours.

L'instabilité au niveau du personnel de direction du CHSLD est un problème qui remonte à mai 2002. Un nouveau directeur exécutif est entré en poste en novembre 2004. Des démarches visant à recruter de la clientèle et à conclure des ententes avec le gouvernement ontarien pour obtenir une contribution financière sont en cours. Des démarches ont été effectuées sans succès auprès du MAINC afin de hausser la contribution du per diem accordé pour la clientèle autochtone visée. L'Agence a recommandé au MSSS de reconduire son soutien financier (150 000 $) au CHSLD pour 2005-2006 et 2006-2007.

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — **SERVICES OFFERTS DANS LE MILIEU DE VIE DES PERSONNES**

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre de personnes desservies par des services de soutien à domicile

Augmenter le nombre de familles desservies par des services de soutien par allocation directe

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de personnes desservies	307	304
Nombre de familles desservies	158	167

COMMENTAIRES

La cible est presque atteinte en regard du nombre de personnes desservies, bien que la différence soit peu significative. Il faut aussi prendre note que la région affiche un taux de pénétration très élevé quant aux services offerts à cette clientèle, soit près du double de la moyenne provinciale.

En ce qui a trait au nombre de familles desservies, la cible est atteinte. La légère variation à la hausse s'explique par une révision de la classification de certaines familles qui étaient inscrites en déficience physique.

Note : En regard de l'intensité des services, les résultats de l'année 2004-2005 et ceux des années précédentes incluent des interventions qui étaient réalisées via le chèque emploi-service pour deux territoires de la région. Pour un territoire, des corrections ont été effectuées à partir de la période 10. L'Agence a donc estimé les résultats pour les trois dernières périodes afin de pouvoir comparer avec les données de 2003-2004. Le résultat mentionné inclut donc ces interventions. Pour l'autre territoire, les changements de codification sont en vigueur au 1er avril 2005.

AXE D'INTERVENTION — **INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) ET PRÉSENTANT UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT (TED)**

RÉSULTATS ATTENDUS

Améliorer le nombre d'heures en services spécialisés aux enfants de moins de six ans présentant des troubles envahissants du développement

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre moyen d'heures d'intervention comportementale intensive par enfant par semaine	20	9,9

COMMENTAIRES

Le nombre moyen d'heures de services par semaine par enfant est en deçà de l'objectif, bien que l'offre de vingt heures par semaine soit rendue disponible aux familles. D'abord, certains enfants, pour des raisons cliniques, ne peuvent « tolérer » les vingt heures visées. Par ailleurs, la région favorise et soutient l'intégration de ces enfants en milieu de garde. Dans ce contexte, l'enfant qui passe cinq demi-journées en garderie est moins disponible dans son milieu pour les services d'intervention comportementale intensive.

AXE D'INTERVENTION

TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre de familles desservies par des services de soutien par allocation directe
Augmenter le nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive
Augmenter le nombre de nouveaux usagers (6 à 21 ans) recevant des services spécialisés
Augmenter le nombre de nouveaux adultes de plus de 21 ans recevant des services spécialisés

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de familles desservies	28	28
Nombre d'enfants de moins de 6 ans ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive depuis le début de l'année	6	12
Nombre de nouveaux usagers (6 à 21 ans) recevant des services spécialisés depuis le début de l'année	2	13
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant des services spécialisés	0	2

COMMENTAIRES

La région a atteint et même dépassé tous les objectifs qui avaient été fixés. On observe un taux de p
services pour cette clientèle.

RÉSULTATS ATTENDUS

Améliorer les services aux personnes et à leur famille dans leur milieu de vie

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre moyen d'intervention à domicile par personne par année	9,11	8,1
Montant moyen versé par famille par année, pour le répit, le gardiennage et le dépannage (allocation directe)	1 084 $	1 018 $
Montant moyen versé par famille TED, par année, pour le répit, le gardiennage et le dépannage (allocation directe)	2 224 $	1 135 $

COMMENTAIRES

On observe une diminution de l'intensité des services à domicile pour les personnes présentant une DI ou un TED. Les ajustements de codification en cours d'année ne peuvent expliquer complètement ces résultats. Le montant moyen alloué aux familles, même s'il a diminué, s'explique en partie par une augmentation du nombre de familles desservies. En effet, le montant total octroyé à l'ensemble des familles a légèrement augmenté.

Note : Des travaux importants ont été réalisés au cours de l'année 2004-2005 pour assurer la conformité de l'utilisation du système d'information I-CLSC. Plusieurs ajustements ont été effectués en fin d'année 2004-2005 et en début d'année 2005-2006, de sorte que les données de l'année 2005-2006 ne pourront être comparées avec celles de l'année 2004-2005.

Objectif découlant de la politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leur famille et à leurs proches

AXE D'INTERVENTION

PROJET DE RÉINSERTION SOCIALE POUR LES PERSONNES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI)

RÉSULTATS ATTENDUS

Élaborer un projet régional de réinsertion sociale de la clientèle DI-TED vivant en hébergement institutionnel.

Poursuivre l'implantation des mesures visant l'insertion et la participation sociale, notamment le soutien à l'intégration de jeunes en service de garde

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Élaboration d'un projet régional	Projet régional élaboré	Projet régional en élaboration : • Chargé de projet embauché • Comité régional en place (quatre rencontres) • Réévaluation de la clientèle en cours
Comité régional intersectoriel fonctionnel	Critères convenus en service de garde	Soutien financier accordé selon les critères convenus

COMMENTAIRES

Des démarches ont été effectuées afin de reprendre les travaux d'un projet de réinsertion sociale plus global. Le projet couvre maintenant la clientèle ayant un TED en internat du CR La Maison. S'ajoute à ce projet, la clientèle déjà ciblée, soit la clientèle hébergée au CHSLD de Macamic ainsi que la clientèle déficiente intellectuelle de l'internat du CRDI Clair Foyer. Un comité de suivi a été mis en place avec l'ajout d'un chargé de projet.

L'Agence a demandé au MSSS le financement nécessaire pour l'embauche d'un chargé de projet.

Concernant la poursuite des différents travaux en vue de l'intégration et de la participation sociale des personnes DI et TED, des rencontres ont permis de favoriser la concertation entre les différents partenaires impliqués en emploi, en service de garde et en milieu scolaire.

Déficience physique

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — **SERVICES OFFERTS DANS LE MILIEU DE VIE DES PERSONNES**

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre de personnes desservies par des services de soutien à domicile

Augmenter le nombre de familles desservies par des services de soutien par allocation directe

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de personnes desservies	1697	1655
Nombre de familles desservies	245	236

COMMENTAIRES

La région considère cette cible atteinte, et ce, malgré une légère diminution du nombre de personnes desservies, qui s'explique en partie par des ajustements de la codification. Il faut aussi prendre note que la région affiche un taux de pénétration très élevé des services à cette clientèle, soit près du double de la moyenne provinciale. L'intensité des services a aussi augmenté au cours de 2004-2005, passant de 16,2 en 2003-2004 à 17,6 interventions par personne par année en 2004-2005.

En ce qui a trait au nombre de familles desservies, la cible est presque atteinte. La légère variation à la baisse s'explique par une révision de la classification de certaines familles qui auraient dû être inscrites en déficience intellectuelle.

Note : En regard de l'intensité des services, les résultats de l'année 2004-2005 et ceux des années précédentes incluent des interventions qui étaient réalisées via le chèque emploi-service pour deux territoires de la région. Pour un territoire, des corrections ont été effectuées à partir de la période 10. L'Agence a donc estimé les résultats pour les trois dernières périodes afin de pouvoir comparer avec les données de 2003-2004. Le résultat mentionné inclut donc ces interventions. Pour l'autre territoire, les changements de codification se sont faits au 1er avril 2005.

AXE D'INTERVENTION — **SERVICES SPÉCIALISÉS OFFERTS AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE**

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre de personnes desservies en déficience motrice

Augmenter le nombre de personnes desservies en déficience visuelle

Augmenter le nombre de personnes desservies en déficience auditive

Augmenter le nombre d'enfants desservis pour une déficience de la parole et du langage

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de personnes desservies en déficience motrice	1370	1442
Nombre de personnes desservies en déficience visuelle	301	284
Nombre de personnes desservies en déficience auditive	134	148
Nombre d'enfants desservis pour une déficience de la parole et du langage	195	182

COMMENTAIRES

On observe une augmentation de la clientèle desservie pour les personnes ayant une déficience motrice et auditive.

On note une diminution de la clientèle desservie présentant une déficience visuelle, mais la région a répondu à la demande puisqu'une seule personne était en liste d'attente au 31 mars 2005, et ce, depuis neuf jours.

Plus de personnes présentant une déficience motrice ou une déficience auditive ont été desservies, et ce, sans rehaussement budgétaire.

Pour les services aux personnes présentant des troubles du langage et de la parole, la baisse s'explique par la difficulté à recruter un professionnel. Un rattrapage est prévu en 2005-2006.

AXE D'INTERVENTION

SERVICES OFFERTS AU DOMICILE DES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

RÉSULTATS ATTENDUS

Améliorer les services aux personnes et à leur famille

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année	16,31	17,60
Montant moyen versé par famille, par année, pour le répit, le gardiennage et le dépannage (allocation directe)	984 $	981 $

COMMENTAIRES

On observe une hausse des services à domicile pour les personnes présentant une déficience physique. L'intensité des services à domicile a augmenté au-delà des attentes alors que le montant alloué à chaque famille, sans atteindre la cible de 984 $ par famille, est passé de 974 $ à 981 $.

Note : Des travaux importants ont été réalisés au cours de l'année 2004-2005 pour assurer la conformité de l'utilisation du système d'information I-CLSC. Plusieurs ajustements ont été effectués en fin d'année 2004-2005, de sorte que les données de l'année 2005-2006 ne pourront être comparées avec celles de l'année 2004-2005.

Objectifs découlant des orientations et priorités ministérielles en matière d'offre de service en déficience physique

AXE D'INTERVENTION

PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES AYANT UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL (TCC)

RÉSULTATS ATTENDUS

Actualiser le plan d'action interrégional et le plan d'action régional pour les adultes ayant un TCC modéré ou grave

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Bilan des actions réalisées au plan régional 2003-2004	Bilans et plans d'action régionaux révisés et déposés auprès des partenaires du Consortium de l'Ouest du Québec ainsi qu'au Groupe-Conseil en traumatologie - volet réadaptation et soutien à l'intégration	Bilan du plan d'action régional pour la période du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2004, approuvé le 22 mars 2005
	Rédaction d'un plan d'action régional 2005-2006	Plan d'action régional pour la période du 1er janvier 2005 au 31 mars 2006, approuvé le 22 mars 2005
Offre de service révisée par les services régionaux de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)	Offre de service révisée	Offre de service révisée pour les usagers de l'Abitibi-Témiscamingue

COMMENTAIRES

L'Agence a participé aux travaux concernant l'offre de service aux personnes ayant un TCC, en étroite collaboration avec le CR La Maison et les membres du Consortium interrégional de l'Ouest du Québec.

La mise en œuvre des suivis aux recommandations du Groupe-Conseil et des plans d'action interrégional et régional se réalisera dans le contexte des réseaux locaux et des projets cliniques des territoires.

L'Agence a produit des avis sur les services spécialisés régionaux (notamment pour les personnes ayant un TCC) et les services surspécialisés, tout en influençant de façon continue l'évolution des guides et des cibles ministérielles en matière d'organisation des services répondant aux besoins des personnes ayant une déficience physique ainsi que leurs proches.

Au 31 mars 2005, une entente tripartite entre le CR La Maison, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'Institut de réadaptation de Montréal concernant le transfert des adultes nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) en région était en cours d'élaboration, en collaboration avec les agences de Montréal et de l'Abitibi-Témiscamingue.

Enfin, le 18 février 2005, la région de l'Abitibi-Témiscamingue recevait un appui dérogatoire et temporaire quant à l'offre de service régionale à l'interne en RFI.

RÉSULTATS ATTENDUS

Assurer l'application, l'harmonisation des critères d'admissibilité des personnes, pour les aides techniques et les mesures de maintien à domicile ainsi que de soutien à la famille

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Comité régional en place	Comité de vigilance et d'harmonisation, fonctionnel	Mise en place d'un comité régional de vigilance et d'harmonisation auquel participent : • l'ensemble des répondants des services de soutien à domicile des CSSS • les CR en déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement • la Ressource d'aide et services pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue/Nord-du-Québec

Critères communs et cohérents convenus	Harmonisation dans tous les territoires de CSSS des mesures d'aide et de soutien dans le milieu de vie des personnes ayant une déficience physique, y compris des services de réadaptation spécialisés et surspécialisés offerts par le CR La Maison et les établissements à vocation suprarégionale	Critères d'admissibilité et de reconnaissance convenus. Critères d'admissibilité aux aides techniques convenus

COMMENTAIRES

En 2004-2005, les travaux de mise à jour et d'harmonisation pour l'ensemble des services et des mesures de soutien à domicile, dont celles couvrant l'octroi des aides techniques, ont pris la forme d'une mise en pratique continue de la reconnaissance et de l'admissibilité des personnes à ces services et à ces mesures.

Le comité régional de vigilance et d'harmonisation, coordonné par l'Agence, participe à la mise en œuvre des projets cliniques des territoires en déficience physique en s'associant les acteurs des réseaux locaux et régionaux.

Dépendances

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION

ÉVALUATION ET SERVICES OFFERTS AUX JEUNES AYANT UNE PROBLÉMATIQUE DE TOXICOMANIE

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre de jeunes évalués et référés par le mécanisme d'accès

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès	17	0

COMMENTAIRES

Le mécanisme d'accès formel et coordonné n'a pas été implanté en 2004-2005. Le contexte de réorganisation du réseau n'a pas permis de mobiliser les énergies des acteurs de la région sur ce mécanisme.

Notons toutefois que 158 jeunes ont été référés aux services spécialisés du Centre Normand, ce qui témoigne de l'accès aux services pour les jeunes. Environ 90 d'entre eux ont été référés par les services de première ligne (milieu scolaire et CSSS), d'autres par le CJAT (45) et certains se sont présentés directement.

Des formations pour les intervenants de première ligne sont prévues au début de la prochaine année. Ce qui devrait permettre, entre autres, l'utilisation d'outils de dépistage et la formalisation des mécanismes de référence.

AXE D'INTERVENTION — **TRAITEMENT OFFERT AUX JOUEURS PATHOLOGIQUES**

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmentation du nombre de joueurs pathologiques traités

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de joueurs pathologiques traités	104	70

COMMENTAIRES

Malgré une légère hausse de la clientèle, cet objectif n'a pas été atteint. La référence aux services spécialisés, de ces personnes, repose sur des services de première ligne. Les transformations importantes de ces services au cours de l'année n'ont pas permis de compléter la mise en œuvre de ces services dans les territoires.

Il faut toutefois mentionner qu'un plan d'action régional en jeu pathologique a été adopté par l'Agence et diffusé aux partenaires. Des budgets ont été octroyés et des formations s'amorcent. Tout est donc favorable pour que soient atteints les objectifs visant une hausse de la clientèle pour 2005-2006.

AXE D'INTERVENTION — **SERVICES AUX FAMILLES DES JOUEURS PATHOLOGIQUES**

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre de familles de joueurs pathologiques desservies par les services spécialisés

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de proches desservis	40	3

COMMENTAIRES

Cette cible n'est pas atteinte. Ces services sont encore peu connus et la cible 2004-2005 apparaît peu réaliste. En effet, pour les services de toxicomanie, l'expérience nous apprend que 6 % des proches sont rejoints. Appliqué aux joueurs pathologiques, ce pourcentage correspondrait à cinq personnes.

Objectif découlant du plan d'action sur le jeu pathologique régional 2004-2007 et des attentes administratives du MSSS

AXE D'INTERVENTION — **SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉPENDANCE**

RÉSULTATS ATTENDUS

Développer les services de première ligne en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique, notamment en prévention, dépistage et intervention brève

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Agents de liaison en place dans chaque CSSS	6 agents de liaison	1 ressource à temps complet en fonction
Programme *Alco-choix* en place dans chaque territoire	Programme *Alco-choix* dans 6 territoires	Programme *Alco-choix* implanté dans 2 territoires
Une personne formée dans les CSSS par territoire de MRC	5 agents formés en provenance des CSSS	3 agents formés dans les CSSS

COMMENTAIRES

Les différentes priorités engendrées par la réorganisation du réseau ont eu pour effet de reporter la mise en place de services de première ligne en 2005-2006. Par conséquent, tous les CSSS concernés ont demandé le report du budget affecté à ce programme. L'Agence et le Centre Normand ont développé une offre de service de première ligne en congruence avec celle du MSSS. Celle-ci sera présentée aux partenaires et servira d'assise à la mise en place de services de première ligne en dépendance.

Le programme *Alco-choix* est disponible dans deux territoires de CSSS. Une formation est prévue par le MSSS pour l'implantation du programme *Alco-choix* dans l'ensemble des CSSS.

Cette formation visait d'abord les intervenants de CSSS afin que ceux-ci puissent former à leur tour les intervenants de première ligne. Trois CSSS ont bénéficié de la formation, deux personnes du milieu communautaire, quatre personnes du centre jeunesse et une personne du milieu scolaire. Pour mettre en place l'offre de service de première ligne pour répondre aux personnes ayant des problèmes de dépendance, l'Agence doit former au moins un intervenant au CSSS des Aurores-Boréales et un intervenant au CSSS de la Vallée-de-l'Or.

École en santé

Objectif découlant du plan national de santé publique (2003-2012), du plan d'action régional de santé publique (2004-2007) et des priorités 2004-2005

AXE D'INTERVENTION

DÉVELOPPEMENT D'UNE INTERVENTION GLOBALE ET CONCERTÉE DANS LE CADRE DU PROGRAMME ÉCOLE EN SANTÉ

RÉSULTATS ATTENDUS

Rendre accessibles dans les milieux scolaires des réseaux locaux de l'Abitibi-Témiscamingue des services intégrés de santé globale et préventive

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'écoles ayant une programmation intégrée en promotion et prévention Nombre de rencontres auprès du personnel concerné	Dans un cadre d'intervention globale comme *École en santé*, soutenir l'implantation d'une programmation intégrée d'activités préventives dans les écoles participantes.	34 % des écoles, soit 36 écoles, ont adhéré au réseau *École en santé* 2 sessions de perfectionnement ont été offertes à plus de 40 participants

Participation du personnel des secteurs de la santé et des services sociaux et de l'éducation aux activités de sensibilisation et de formation	Renforcer l'action intersectorielle en créant des liens fonctionnels entre les intervenants des deux secteurs par l'implantation du réseau *École en santé* dans tous les territoires de CSSS en collaboration avec les commissions scolaires et les autres établissements	Animation de l'atelier d'appropriation *École en santé* par les ressources nationales s'adressant aux gestionnaires des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux
Bilan des activités		Tenue de trois rencontres régionales visant à soutenir les 11 intervenants pivots provenant des commissions scolaires et des CSSS qui travaillent en collaboration et en soutien auprès des écoles Tenue de deux sessions de perfectionnement s'adressant aux intervenants pivots de la région Remise de bannières promotionnelles aux écoles participantes

COMMENTAIRES

Le MSSS retient l'implantation d'une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents afin de prévenir différents problèmes d'adaptation sociale grâce à la collaboration du réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires.

Par cette approche globale, qui promeut des comportements favorisant la santé et le bien-être des enfants et des adolescents (non usage du tabac, lutte à la sédentarité, rapports égalitaires, hygiène dentaire et autres), on vise également à prévenir différents problèmes d'adaptation sociale (toxicomanie, suicide, violence et autres).

En 2004-2005, un investissement récurrent de 96 638 $ annualisé à 154 000 $ en 2005-2006 a contribué à l'implantation de cette approche et favorise les arrimages du réseau avec le milieu scolaire.

Jeunes en difficulté

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION

SERVICES AUX JEUNES EN DIFFICULTÉ À LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

RÉSULTATS ATTENDUS

Réduire les délais d'attente à l'évaluation à la protection de la jeunesse

Réduire les délais d'attente à l'application des mesures à la protection de la jeunesse

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Délais d'attente à l'évaluation des services à la protection de la jeunesse	21,22 jours	14,72 jours
Délais d'attente à l'application des mesures à la protection de la jeunesse	31,73 jours	23,68 jours

COMMENTAIRES

Des efforts importants au niveau des pratiques et de nouveaux investissements ont permis une réduction des délais d'attente.

AXE D'INTERVENTION

SERVICES SPÉCIALISÉS OFFERTS DANS LES CENTRES JEUNESSE

RÉSULTATS ATTENDUS

Réduire la liste d'attente réelle à l'évaluation

Réduire la liste d'attente à l'application des mesures

Réduire le taux d'engorgement réel

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de jeunes en liste d'attente réelle à l'évaluation	6	2
Nombre de jeunes en liste d'attente à l'application des mesures	10	5
Taux d'engorgement réel	0	0

COMMENTAIRES

Un ajout budgétaire ainsi que des efforts continus ont permis de dépasser les attentes en regard des listes d'attente à l'évaluation et à l'application des mesures.

Pour ce qui est du taux d'engorgement des unités en centre de réadaptation, quoique la cible soit atteinte, il faut noter que les places pour les filles sont très souvent en débordement. C'est la disponibilité des places dédiées aux garçons qui permet un résultat global positif. Un travail de révision des places est en cours et se poursuivra en 2005-2006. L'ouverture d'une ressource intermédiaire dédiée à la clientèle féminine au cours de l'année 2004-2005 a permis une baisse du taux d'engorgement des places internes.

AXE D'INTERVENTION

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE AUX JEUNES EN DIFFICULTÉ

RÉSULTATS ATTENDUS

Améliorer les services de première ligne s'adressant aux jeunes en difficulté et à leur famille

Assurer l'accès à une équipe d'intervention jeunesse dans deux territoires de CSSS

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de jeunes et de familles desservis	1590	1523
Nombre moyen d'interventions par jeune et leur famille par année	5,45	5,3
Nombre de signalements reçus par les services de protection de la jeunesse.	1341	1452
Équipe d'intervention jeunesse en place	2 coordonnateurs embauchés 11 PSI élaborés 20 situations traitées	2 coordonnateurs en fonction 1 PSI élaboré 13 situations traitées

COMMENTAIRES

Pour les services de première ligne, la comparaison des résultats entre 2003-2004 et 2004-2005 ne peut être effectuée car les résultats de 2003-2004 incluaient les services d'orthophonie. Il est donc impossible de porter un jugement sur ces cibles. L'indicateur ne reflète donc pas l'ensemble des services, puisque les services de groupe offerts aux familles et aux jeunes ne sont pas inclus.

On observe une augmentation des signalements reçus : ce résultat illustre bien le besoin de renforcer les services de première ligne dans la région.

Des équipes d'intervention jeunesse sont en place dans les CSSS de la Vallée-de-l'Or et des Aurores-Boréales.

Note : Des travaux importants ont été réalisés au cours de l'année 2004-2005 pour assurer la conformité de l'utilisation du système d'information I-CLSC. Plusieurs ajustements ont été effectués pour l'année 2005-2006, de sorte que les données de l'année 2005-2006 ne pourront être comparées avec celles de l'année 2004-2005.

Objectif découlant du plan d'action jeunesse en Abitibi-Témiscamingue

AXE D'INTERVENTION — **MÉCANISME D'ACCÈS EN SANTÉ MENTALE POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE**

RÉSULTATS ATTENDUS

Soutenir l'implantation du mécanisme d'accès en santé mentale pour les jeunes

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Mécanisme d'accès fonctionnel	Mécanisme fonctionnel	Mécanisme en implantation progressive

COMMENTAIRES

Une révision de l'organisation des services en santé mentale est en cours dans les CSSS. L'implantation d'un mécanisme d'accès est prévue dans le cadre du *Plan d'action en santé mentale* du MSSS et dans l'élaboration des projets cliniques des CSSS.

Objectifs découlant des activités régulières de suivi de gestion MSSS-Agence

AXE D'INTERVENTION — **SERVICES AUX JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE**

RÉSULTATS ATTENDUS

Éliminer le délai d'attente pour les services d'expertise psychosociale

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de jeunes en attente	Liste d'attente à zéro	13 jeunes en attente au 31 mars 2005, une demande annulée

COMMENTAIRES

Au cours de l'année, 36 expertises psychosociales ont été réalisées. Les expertises sont données à des professionnels par contrat, mais cette année des retards ont été notés à l'interne du CJAT pour le traitement des demandes en raison des problèmes de remplacement des intervenants. La situation devrait s'améliorer en 2005-2006. Le délai moyen d'attente entre l'ordonnance et la date de livraison se situe à trois mois et demi.

RÉSULTATS ATTENDUS

Soutenir l'implantation de la *Loi sur la justice pénale pour adolescents*

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Services disponibles dans le respect de la nouvelle loi	Services disponibles	Services minimaux disponibles. Ajout de 2 intervenants (Val-d'Or et Rouyn-Noranda)
	Programme adapté développé	Programme non développé

COMMENTAIRES

Un financement de 147 292 $ a permis d'ajouter deux intervenants pour desservir les territoires de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or. Davantage de services et de suivis dans la communauté sont donc disponibles, là où les besoins sont les plus importants. Le développement de programmes adaptés à la clientèle visée a été reporté, faute de financement suffisant.

RÉSULTATS ATTENDUS

Implanter des équipes d'intervention de crise et de suivi intensif

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'équipes implantées	Implanter une équipe	Une équipe implantée à Amos pour le territoire du CSSS Les Eskers de l'Abitibi

COMMENTAIRES

Un financement spécifique de 61 193 $ a permis au CJAT d'implanter une équipe sur le territoire d'Amos, après en avoir instaurée une dans la Vallée-de-l'Or en 2003-2004. Dans ces deux territoires, il est constaté une diminution des signalements et des placements de jeunes en difficulté. Advenant l'ajout de nouvelles ressources financières, le secteur de Rouyn-Noranda, où le volume des besoins est également significatif, sera le prochain territoire visé.

Kino-Québec

Objectif découlant du Programme national de santé publique (2003-2012), du Plan d'action régional de santé publique (2004-2007) et du Plan régional d'activités 2004-2005 de Kino-Québec

AXE D'INTERVENTION

RÉDUCTION DE LA PROPORTION DE LA POPULATION QUI NE FAIT PAS SUFFISAMMENT D'ACTIVITÉS PHYSIQUES POUR EN RETIRER DES RÉSULTATS APPRÉCIABLES POUR LA SANTÉ

RÉSULTATS ATTENDUS

Implanter des programmes d'activités physiques en famille de participation libre (non compétitive) en collaboration avec les municipalités et le milieu scolaire dans le cadre du programme Kino-Québec

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Implantation des programmes d'activités physiques	Nombre de municipalités participantes	5 municipalités
	Nombre d'écoles participantes	10 écoles

COMMENTAIRES

Malgré le fait que *Plaisir sur glace* en soit à sa 4e année d'existence provincialement, c'est la première année que la région participe à la campagne.

Au cours de la prochaine année, l'objectif visera à ce que les six principales municipalités de la région participent à la campagne, et ce, dans le but d'influencer les municipalités rurales. Pour atteindre cet objectif, un lien plus étroit devra être créé entre Kino-Québec et Loisir et Sport Abitibi-Témiscamingue.

Maladies chroniques

Cancer du sein

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)

RÉSULTATS ATTENDUS

Assurer l'application du *Programme québécois de dépistage de cancer du sein*

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Taux de participation au PQDCS	64,9 %	62,2 %

Taux de cancer détecté via le PQDCS :		
Initial	6,2 %	6,5 %
Subséquent	Non disponible	4,2 %
Taux de référence en investigation via le PQDCS :		
Initial	15 %	14,3 %
Subséquent	7,9 %	8,1 %

COMMENTAIRES

Le taux de participation au programme a diminué légèrement en 2004-2005 même s'il demeure très au-dessus de la moyenne provinciale. Une période de non-accréditation d'un centre a probablement amené les résultats actuels. La performance de la région dans ce programme est déjà très bonne et devrait s'améliorer l'an prochain par un meilleur accès aux services de la clinique ambulatoire de radiologie (CLARA).

Pour les autres indicateurs, les objectifs sont atteints.

Dialyse

Objectif de l'Agence concernant l'organisation des services spécialisés en dialyse en région

AXE D'INTERVENTION

AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE DIALYSE

RÉSULTATS ATTENDUS

Consolidation et soutien des cliniques de dialyse

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de personnes recevant des services de dialyse en région	100 % des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique	100 % des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique

COMMENTAIRES

Trois centres d'hémodialyse (un centre spécialisé et deux centres satellites) desservent la population de l'Abitibi-Témiscamingue. En 2004-2005, toutes les personnes hémodialysées devant recevoir des traitements d'hémodialyse et de dialyse péritonéale ont eu accès aux services en région. Les coûts directs reliés à ces services ont été de l'ordre de 2 041 824 $.

En 2004-2005, un montant de 50 000 $ a été alloué par l'Agence pour le déplacement des personnes hémodialysées vers les centres de dialyse. Il est à noter une importante augmentation de la clientèle en provenance du Témiscamingue. En janvier 2005, un projet pour l'implantation d'un centre satellite d'hémodialyse au CSSS du Lac-Témiscamingue a été déposé au MSSS.

Lutte contre le cancer

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION

TRAITEMENT POUR LA LUTTE CONTRE LE CANCER

RÉSULTATS ATTENDUS

Réduire à zéro le nombre de patients en attente de plus de huit semaines pour des traitements de radio-oncologie

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de patients en attente de plus de huit semaines	-	-

COMMENTAIRES

Non applicable à la région de l'Abitibi-Témiscamingue, considérant que le délai d'attente pour ces services ne dépend aucunement des établissements de la région.

Maintien dans la communauté

Objectif découlant du plan stratégique d'organisation des services

AXE D'INTERVENTION

MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES GRAVES PAR DES SERVICES INTÉGRÉS

RÉSULTATS ATTENDUS

Procéder à l'évaluation des résultats obtenus par la clinique multidisciplinaire de prise en charge des maladies chroniques du CSSS de la Vallée-de-l'Or dans le but de développer de telles cliniques dans tous les CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Évaluation du taux d'hospitalisation, nombre de visites à l'urgence et des facteurs de risque	Diminution du nombre d'hospitalisation et du nombre de visites à l'urgence Réduction des facteurs de risque	En cours d'évaluation

COMMENTAIRES

À la fin de janvier 2005, 234 patients ont été suivis à la clinique multidisciplinaire de Val-d'Or. Pour procéder à l'évaluation, une comparaison entre les différentes données, avant le suivi et à la suite des suivis, doit être effectuée. Cette comparaison ne peut être effectuée qu'après un an de suivi à la clinique. Cette évaluation est donc en cours. Le budget de fonctionnement accordé à la clinique en 2004-2005 est de 163 849 $.

Tabagisme

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — **SERVICES DE SOUTIEN À LA CESSATION DU TABAGISME**

RÉSULTATS ATTENDUS

Assurer l'accès à des services de cessation dans les centres d'abandon du tabagisme

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services	45 fumeurs	185 ont reçu des services individuels

COMMENTAIRES

Les services de soutien à la cessation du tabagisme comprennent aussi des services de groupe qui ont permis de rejoindre 108 fumeurs. L'indicateur ne couvre pas l'ensemble des services des centres d'abandon, notamment l'information, et ne témoigne pas du nombre d'interventions réalisées.

Objectifs découlant du Programme national de santé publique (2003-2012), du Plan d'action régional de santé publique (2004-2007), des priorités 2004-2005 et du Plan régional de lutte au tabagisme

AXE D'INTERVENTION — **PRÉVENTION DU TABAGISME**

RÉSULTATS ATTENDUS

Réaliser un projet *Gang allumée* pour une vie sans fumée dans chacun des réseaux locaux auprès des jeunes de 6e année du niveau primaire et secondaire 1 et 2

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de projets	Jeunes des écoles primaires, niveau 6ème année Jeunes des écoles secondaires, niveau secondaire 1 et 2	11 projets : • 6 écoles secondaires (Rouyn-Noranda, La Sarre, Senneterre, Val-d'Or, Amos, Malartic) • 1 école primaire • 1 maison des jeunes • 3 écoles, primaire et secondaire

COMMENTAIRES

Un service conseil pour la promotion du programme *Gang allumée* pour une vie sans fumée est disponible et la réalisation des projets est assurée par l'entremise d'une entente avec le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS).

Une visite de Musique Plus a été effectuée pour le projet de l'école La Calypso.

RÉSULTATS ATTENDUS

Réaliser un projet de cessation du tabagisme pour les jeunes des organismes communautaires dans trois territoires de CSSS

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de projets	3 maisons des jeunes de la région	8 projets réalisés

COMMENTAIRES

Un mécanisme de subventions pour soutenir les organismes communautaires permet la réalisation de projets visant la prévention du tabagisme dans les milieux de jeunes.

Le Centre de prévention du suicide (CPS) d'Amos a présenté un projet pour la prévention des toxicomanies impliquant le tabagisme comme un comportement initiateur possible aux autres toxicomanies.

RÉSULTATS ATTENDUS

Implanter un projet de *Cour d'école en santé* dans trois écoles secondaires

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'écoles secondaires	3 écoles secondaires de la région qui sont déjà inscrites *École en santé*	4 écoles secondaires ont implanté un projet

COMMENTAIRES

Un guide d'implantation pour un projet *Cour d'école en santé* a été réalisé dans le but de faciliter la mise en œuvre du projet par le comité d'école. *Cour d'école en santé* vise la mise sur pied d'une politique pour un environnement sans fumée à l'école, l'aménagement et l'animation de la cour d'école.

En suivi du projet, la cité étudiante La Polyno a prévu l'application d'un règlement concernant le non usage du tabac dans la cour d'école en septembre 2005.

AXE D'INTERVENTION

CESSATION DU TABAGISME

RÉSULTATS ATTENDUS

Bilan des activités en regard des services pour la cessation du tabagisme

Réaliser la tournée des cliniques médicales et présenter des recommandations de suivi

Réaliser les interventions prévues au bilan

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Bilan réalisé de la tournée des cliniques médicales avec recommandations	Recueillir tous les questionnaires d'évaluation remis aux médecins rencontrés	52 / 53 questionnaires complétés Bilan réalisé en juin 2004
Interventions prévues selon les recommandations :		
• sondage après un an auprès des médecins	Médecins accoucheurs qui effectuent des suivis de grossesse de la région : 53	20 répondants / 53

• version anglaise du dépliant *Risques reliés au tabagisme pendant et après la grossesse*, correction, impression et distribution des outils	Version anglaise réalisée Correction, iimpression et distribution réalisées	Version anglaise réalisée • 1250 dépliants, français • 250 dépliants, anglais • 100 fiches plastifiées
• rencontre avec les intervenantes du Centre d'abandon du tabagisme (CAT) et les intervenantes en périnatalité	Rencontrer les 8 intervenantes des CAT Rencontrer toutes les intervenantes en périnatalité	Rencontre avec les 8 intervenantes des CAT reportée à l' année 2005-2006. Rencontre avec les intervenantes en périnatalité reportée en 2005-2006

COMMENTAIRES

Les dépliants sont destinés aux femmes enceintes fumeuses.
Les fiches plastifiées sont des outils d'enseignement pour les médecins et les intervenantes des CAT. Ces outils seront transmis au comité provincial de pratique clinique préventive.

RÉSULTATS ATTENDUS

Promouvoir le concours provincial *Défi j'arrête, j'y gagne*

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de personnes inscrites	900 adultes (particulièrement les parents de jeunes enfants, les adultes de 18 à 24 ans)	1135 inscriptions au *Défi j'arrête, j'y gagne*

COMMENTAIRES

Les familles étaient invitées à s'inscrire au volet *Objectif Famille sans fumée*; 257 familles de la région se sont inscrites au défi.

Maladies transmissibles

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION

SERVICES INTÉGRÉS DE DÉPISTAGE ET DE PRÉVENTION (SIDEP) DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

RÉSULTATS ATTENDUS

Assurer l'accès aux services de dépistage et d'immunisation auprès des clientèles vulnérables et de la population en général

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Volume annuel de tests réalisés auprès des clientèles vulnérables hors des murs du SIDEP	50	172

Volume annuel de tests du SIDEP	100	1166
Volume annuel de vaccinations auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	50	458
Volume annuel de vaccinations	50	821

COMMENTAIRES

Au début de 2004-2005, il n'existait aucun outil de monitorage validé. Des efforts ont été déployés pour colliger l'information. Les cibles ont été retenues comme un seuil minimal.

Ces services sont en développement; de nouveaux investissements ont permis de consolider les services en place au cours de l'année 2004-2005. Le CSSS des Aurores-Boréales ne débutera les services qu'en 2005-2006. De même, des efforts devront être déployés pour assurer l'accès à ces services hors des murs dans les territoires moins populeux.

Périnatalité

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — **SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ**

RÉSULTATS ATTENDUS

Rejoindre 85 % des femmes enceintes et les mères âgées de moins de 20 ans

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion de la clientèle rejointe	85 %	100 %
Nombre moyen d'intervention en :		
Prénatal	6,21 interventions par mère	5,12 interventions par mère
Postnatal	5,17 interventions par mère	5,14 interventions par mère

COMMENTAIRES

La clientèle de moins de 20 ans est rejointe au-delà des attentes dans la région, notamment grâce à la collaboration des médecins et des services de sécurité du revenu par le programme *Partir du bon pied* : 96 nouvelles femmes ont reçu des services. L'intensité des services en prénatal semble avoir diminuée alors que celle en postnatal aurait été maintenue. Il faut être prudent dans le traitement des résultats, car les indicateurs mentionnés ont fait l'objet de travaux visant une meilleure compréhension et codification en 2004-2005, ce qui peut expliquer les écarts.

RÉSULTATS ATTENDUS

Rejoindre les femmes enceintes et les mères âgées de 20 ans ou plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion de la clientèle rejointe	90 %	94 %
Nombre moyen d'intervention en :		
Périnatal	5,79 interventions par mère	6,6 interventions par mère
Prénatal	4,40 interventions par mère	5,00 interventions par mère
Postnatal	4,49 interventions par mère	4,80 interventions par mère

COMMENTAIRES

La clientèle de plus de 20 ans sous-scolarisée et vivant sous le seuil de faible revenu est rejointe au-delà des attentes dans la région, notamment grâce à la collaboration des médecins et des services de sécurité du revenu par le programme *Partir du bon pied* : 205 nouvelles femmes ont reçu des services. L'intensité des services en prénatal a augmenté pour l'ensemble de cette clientèle. Il faut traiter avec prudence les résultats, car les indicateurs mentionnés ont fait l'objet de travaux visant une meilleure compréhension et codification en 2004-2005, ce qui peut expliquer les écarts.

Objectif découlant du Programme national de santé publique (2003-2012), du Plan d'action régional de santé publique (2004-2007) et des ententes de gestion régionale 2004-2005

AXE D'INTERVENTION

SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

RÉSULTATS ATTENDUS

Offrir des séances de formation continue dans chaque territoire de CSSS

Consolider et développer dans chaque territoire de CSSS, en collaboration avec les partenaires, le volet des *services dans la communauté* par le biais des tables intersectorielles

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de territoires ayant reçu la formation du module 1 du programme	Les intervenants des CSSS et les partenaires des tables intersectorielles (organismes communautaires, familles et autres, commissions scolaires, centres locaux d'emploi, centres de la petite enfance, Centre d'amitié autochtone, Regroupement des personnes assistées sociales, CEGEP) des 6 territoires de CSSS	Intervenants des 6 réseaux locaux formés
Nombre de projets réalisés dans les 6 réseaux locaux	Tous les intervenants des CSSS et les partenaires des tables intersectorielles impliqués dans des projets	23 projets ont été réalisés sur l'ensemble des 6 territoires

COMMENTAIRES

Implantation du programme :
Tous les territoires de CSSS ont implanté le programme dans ses deux composantes, soit l'accompagnement des familles (suivis à domicile) et le soutien à la création d'environnements favorables.

Enjeux des services intégrés :
Avec ses assises écologiques, le cadre de référence accorde une place importante à la fois à l'accompagnement des familles et au travail effectué dans le milieu via les tables intersectorielles. Au moment où le programme des services intégrés a démarré, le budget alloué était réparti également entre ces deux composantes. Il permettait de faire des suivis à domicile jusqu'à 18 mois d'âge du premier enfant.

Afin d'être conforme au cadre de référence, dans le but d'assurer des suivis aux familles jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans et de permettre un fonctionnement adéquat aux tables intersectorielles, l'Agence effectuera à court terme une évaluation des coûts afin de poursuivre le déploiement du programme, et ce, pour les deux volets.
Le travail réalisé par les tables intersectorielles a permis d'organiser des services aux parents et des collaborations ont vu le jour. Cette composante du programme est absolument nécessaire pour compléter les suivis à domicile.

Objectifs découlant du Programme national de santé publique (2003-2012), du Plan d'action régional de santé publique (2004-2007), des priorités 2004-2005 et du Plan d'action régional en allaitement maternel

AXE D'INTERVENTION

SERVICES D'ALLAITEMENT MATERNEL EN PÉRINATALITÉ ET EN PETITE ENFANCE

RÉSULTATS ATTENDUS

Poursuivre l'implantation du système de suivi statistique en allaitement

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Données recueillies par les CSSS	Données présentées pour les 6 CSSS	Système consolidé et collecte dans les 6 CSSS

RÉSULTATS ATTENDUS

Poursuivre la formation du personnel travaillant en périnatalité

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de formations dispensées	Au moins 1 formation régionale	7 formations dispensées, au moins une formation dans chaque territoire de CSSS et 1 pour les pharmaciens

RÉSULTATS ATTENDUS

Former des mères bénévoles afin de soutenir les mères qui allaitent dans chaque territoire de CSSS

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de territoires ayant au moins une mère bénévole (marraine d'allaitement)	Chacun des 6 territoires compte au moins une animatrice ou une mère bénévole formée (marraine d'allaitement)	Formation de mères bénévoles en cours dans 2 territoires

RÉSULTATS ATTENDUS

Consolider la mise en place de services de support à l'allaitement (groupes de soutien) dans chaque territoire de CSSS

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de territoires ayant un groupe de soutien	Chacun des 6 territoires compte sur 1 groupe de soutien en allaitement	Les 6 territoires comptent sur 1 groupe de soutien en allaitement. Un territoire a 2 groupes (Val-d'Or)

RÉSULTATS ATTENDUS

Maintenir les comités de périnatalité pour soutenir le processus d'implantation des *Initiatives Amis de bébés* (IAB) dans les centres accoucheurs des CSSS

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
L'indicateur de départ a été de participer aux comités de périnatalité des centres accoucheurs de la région	En cours de route, la nécessité d'aller plus loin a été évidente, soit de : • promouvoir la mise en place de comités ou de sous-comités en allaitement maternel dans chacun des 5 territoires où ce comité n'existait pas • promouvoir le développement des pratiques positives en allaitement selon les IAB (des grilles ayant des objectifs en IAB ont été remplies par les chefs de programme de CLSC-CS et les infirmières chefs des maternités de la région)	Les 6 territoires comptent sur un comité ou un sous-comité en allaitement maternel Il y a eu avancement dans les 6 territoires

COMMENTAIRES

Plusieurs actions en allaitement maternel ont été réalisées dans notre région. L'objectif de former des mères bénévoles en allaitement n'a pas été atteint en raison du temps alloué pour la formation du personnel. Une importante mise à niveau de l'information et de la formation a été nécessaire pour le personnel des CSSS (volet CH pour les intervenants d'unité de maternité et volet CLSC pour les intervenants travaillant avec les mères et les enfants).

Le projet *Mère bénévole* se poursuit en partenariat avec la *Ligue La Leche* provinciale et régionale et un projet pilote appelé *C MAMAN*. L'Agence a accordé pour ce projet un budget supplémentaire de 18 784 $ annualisé à 30 000 $.

Le partenariat pour l'allaitement maternel entre le réseau de la santé et l'organisme communautaire la *Ligue La Leche* est excellent. Des rencontres avec des pharmaciens et des médecins se poursuivent pour améliorer les arrimages nécessaires en allaitement maternel.

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION

LES SERVICES DANS LE MILIEU DE VIE DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) recevant des services à domicile

Augmenter le nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de personnes recevant des services à domicile	3159	3340
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année	24,3	24,2

COMMENTAIRES

L'augmentation des personnes desservies est supérieure à ce qui était attendu, ce qui explique que l'intensité n'a pu être rehaussée. Globalement, le niveau de services est élevé dans la région en comparaison avec le reste de la province, mais le taux de pénétration ainsi que l'intensité varient entre les territoires.

Conséquemment, l'Agence estime à 20,7 interventions par personne par année l'intensité des services offerts dans la région, en soustrayant les interventions comptabilisées via le chèque emploi-service en 2004-2005. Cette donnée devra servir de point de référence pour les services offerts en 2005-2006.

Note : Les résultats de l'année 2004-2005 et ceux des années précédentes incluent des interventions qui étaient réalisées via le chèque emploi-service pour deux territoires de la région. Pour un territoire, des corrections ont été effectuées à partir de la période 10. L'Agence a donc estimé les résultats pour les trois dernières périodes afin de pouvoir comparer avec les données de 2003-2004. Le résultat inscrit inclut donc ces interventions. Pour l'autre territoire, les changements de codification se sont faits au 1er avril 2005.

AXE D'INTERVENTION

SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES HÉBERGÉES EN MILIEU DE VIE SUBSTITUT

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence, en soins infirmiers et d'assistance

Augmenter le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence, en services professionnels

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence, en soins infirmiers et d'assistance	3,09	3,30
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence, en services professionnels	0,26	0,27

COMMENTAIRES

Le niveau de services a été augmenté dans la région, à la suite d'investissements dans certains territoires qui n'atteignaient pas ce niveau de services attendu. Par ailleurs, il faut mentionner que ce nombre d'heures ne répond pas entièrement aux besoins des personnes hébergées.

Objectif découlant de la politique de soutien à domicile

AXE D'INTERVENTION

SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

RÉSULTATS ATTENDUS

Actualiser la politique de soutien à domicile par une harmonisation intrarégionale des critères et des pratiques

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Production d'une proposition régionale d'harmonisation des services de soutien à domicile	Document d'harmonisation des critères d'allocation des services d'aide et d'assistance produit au 31 mars 2005	Document de travail produit au 31 mars 2005

COMMENTAIRES

Les travaux porteront, en 2005-2006, sur l'élaboration d'une proposition d'harmonisation des services professionnels offerts au domicile de la personne.

Au 31 mars 2005, le comité régional d'harmonisation a complété les travaux pour les services d'aide et d'assistance.

La proposition est contenue dans un document de travail qui fera éventuellement l'objet d'une consultation pour fins d'approbation.

Objectif découlant d'une correspondance du ministre datée du 5 juillet 2004

AXE D'INTERVENTION

MISE EN ŒUVRE D'ALTERNATIVES À L'HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

RÉSULTATS ATTENDUS

S'assurer que, dans le cadre de la réalisation du projet, certaines conditions soient rencontrées et qu'un contrat a été convenu entre les établissements et les promoteurs des projets retenus

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Planification des actions pour rencontrer les conditions préalables à la mise en œuvre des projets retenus	Obtention de la planification des projets retenus à la phase 1 et 2	Les promoteurs des projets retenus et les établissements concernés par ces projets ont été informés des conditions d'exercice des projets
Entente signée entre les parties	Entente signée entre les parties du projet retenu à la phase 1	Pour les parties concernées par le projet novateur retenu à la phase 1, une entente a été signée le 8 décembre 2004

COMMENTAIRES

Le développement de projets permet d'assurer à des personnes en perte d'autonomie, traditionnellement orientées en CHSLD, une réponse adéquate à leurs besoins dans un milieu qui favorise le respect de leur choix de vie.

Des mécanismes ont été mis en place pour la production d'une planification permettant de répondre aux conditions d'exercice des projets.

Objectif découlant d'une correspondance de la Direction des personnes âgées en perte d'autonomie du MSSS datée du 22 avril 2004

AXE D'INTERVENTION — **ÉLABORATION DE PROJETS VISANT LES ALTERNATIVES À L'HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT**

RÉSULTATS ATTENDUS

Assurer le suivi de l'évolution des travaux d'implantation des projets novateurs retenus en région

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Production d'un bilan des actions réalisées au 31 mars 2005	Bilan des actions et démarches réalisées pour l'implantation des 2 projets novateurs retenus, soit un à la phase 1 et l'autre à la phase 2 du programme	Un bilan est en production, mettant en évidence les actions, les mesures et les difficultés rencontrées pour les 2 projets retenus

COMMENTAIRES

L'Agence a participé aux échanges en lien avec les conditions d'exercice des projets. Des rencontres avec les promoteurs ont permis de situer les enjeux et d'identifier des pistes de solution.

Le projet retenu à la phase 1 est en opération depuis le 4 octobre 2004. Des mécanismes ont été mis en place pour permettre l'accès et la coordination des services entre la ressource et l'établissement. Une difficulté identifiée, en cours d'implantation, est en voie d'être réglée.

Le projet retenu à la phase 2 se heurte à une difficulté reliée à l'aménagement des lieux physiques. Des démarches sont en cours pour satisfaire aux exigences de sécurité des personnes qui y seront hébergées. La planification de l'implantation du projet est complétée.

Objectifs découlant des attentes administratives 2004-2005

AXE D'INTERVENTION — **SERVICES D'HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT**

RÉSULTATS ATTENDUS

Mettre en place l'approche en milieu de vie dans les établissements à vocation d'hébergement et de soins de longue durée, telle que définie dans les orientations ministérielles

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion d'établissements à vocation d'hébergement et de soins de longue durée ayant élaboré un plan d'action permettant d'adopter l'approche milieu de vie	Dépôt de la planification de tous les établissements ayant une vocation d'hébergement et de soins de longue durée	4 des 6 établissements visés ont produit, au 30 juin 2004, la planification des actions pour la mise en place d'une approche milieu de vie. Les 2 autres établissements ont déposé leur planification à l'automne 2004
Bilan régional des plans d'actions des établissements	Dépôt d'un bilan des mesures réalisées au cours de l'année 2004-2005 pour l'implantation des orientations ministérielles en CHSLD	Le bilan régional a été produit à partir des plans locaux de 4 des 6 établissements visés. Les 2 autres établissements devraient remettre leur planification d'ici la fin juin 2005

COMMENTAIRES

Tous les établissements se sont dotés d'un chargé de projet devant élaborer un plan de mise en œuvre et s'assurer de la réalisation de la formation et autres activités requises à l'assurance d'un milieu de vie de qualité.

RÉSULTATS ATTENDUS

Assurer le suivi des correctifs à apporter dans les établissements visés, à la suite des visites d'appréciation de la qualité de vie dans les établissements à vocation d'hébergement

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Plan de correctifs pour les établissements ayant eu une visite d'appréciation de la qualité, dans les 60 jours après la réception du rapport d'appréciation	Des plans de correctifs identifiés par les établissements visités dans le cadre de l'appréciation de la qualité des services	Les démarches nécessaires pour l'obtention des plans de correctifs des établissements visités ont été effectuées
Bilan des correctifs apportés dans les établissements ayant eu une visite d'appréciation de la qualité	Bilan des correctifs apportés par les 2 établissements ayant eu une visite d'appréciation de la qualité	Des mécanismes ont été mis en place pour l'identification des mesures réalisées par les établissements visités. Un résumé accompagne les bilans produits par les établissements

COMMENTAIRES

Des rencontres régulières se sont tenues avec l'un des établissements dans le cadre du suivi et du soutien pour la réalisation des mesures identifiées.

Recherche et évaluation

Objectifs découlant du Programme national de santé publique (2003-2012), du Plan d'action régional de santé publique (2004-2007) et des priorités 2004-2005

AXE D'INTERVENTION

RÉALISATION DE RECHERCHES SUR LES COMMUNAUTÉS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

RÉSULTATS ATTENDUS

Faire des portraits de communautés

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Un portrait de communautés réalisé dans une MRC	Faire un portrait de communauté dans une MRC	Portrait de 4 municipalités de la MRC d'Abitibi-Ouest en cours de réalisation (fin prévue, décembre 2005)
Un portrait de dynamique territoriale réalisé dans une MRC	Faire un portrait de dynamique territoriale dans une MRC	Portrait de la dynamique de concertation entre le CSSS et les organismes communautaires, dans le cadre du projet clinique en cours de réalisation dans le territoire du CSSS Les Eskers de l'Abitibi (fin prévue en janvier 2006)

COMMENTAIRES

Meilleure connaissance des milieux pour mieux les accompagner dans leur propre développement.

Appui direct au CSSS dans la réalisation de son projet clinique et renforcement de la concertation entre le CSSS et les organismes communautaires.

RÉSULTATS ATTENDUS

Évaluer des projets de développement des communautés

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Un projet d'évaluation participative de 9 projets de développement des communautés	Réaliser des évaluations participatives dans des initiatives de développement des communautés	Évaluation en cours dans 9 initiatives de développement des communautés de l'Abitibi-Témiscamingue

COMMENTAIRES

Projet financé par la *Fondation Lucie et André Chagnon* (fin prévue en décembre 2007).

Meilleure connaissance des processus en cours en développement des communautés et conception d'outils d'évaluation utilisables par les communautés.

Ressources de type familial

Objectif découlant des recommandations du plan d'action du MSSS pour l'actualisation des mesures prévues au rapport famille d'accueil et intervention jeunesse : analyse de la politique de placement en ressources de type familial

AXE D'INTERVENTION — **RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL (RTF)**

RÉSULTATS ATTENDUS

Actualiser les recommandations présentées au Plan d'action régional

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Mécanismes de suivi en place et fonctionnels pour assurer le suivi des recommandations	Mécanismes de suivi actif	Le comité régional de suivi des 38 recommandations s'est réuni à trois reprises en 2004-2005 : › 23 recommandations sont réalisées ou en voie de réalisation par le CJAT et le CRDI Clair Foyer › 6 recommandations sont à réaliser › 9 autres recommandations sont en lien avec les travaux du MSSS. De ces dernières, 3 sont en cours d'application et 6 sont à réaliser
	Actualisation des recommandations touchant la fréquence des visites de suivi des familles d'accueil et des usagers	Les établissements ont instauré un mécanisme de suivi de la fréquence des visites. La recommandation est en voie de réalisation
	Plan d'intervention remis à toutes les familles d'accueil pour chaque usager en situation de placement	La totalité des familles d'accueil du CRDI Clair Foyer ont un plan d'intervention et 80 % des usagers du CJAT ont un plan d'intervention remis à leur ressource d'accueil
	Plan de recrutement adopté par les 2 établissements	Le CJAT a adopté son plan

COMMENTAIRES

Le comité régional de suivi dresse un bilan positif des mesures mises en place pour améliorer le suivi des usagers et des familles d'accueil.

Les recommandations touchant l'évaluation des postulants et la réévaluation des familles d'accueil sont en cours d'actualisation. La fréquence des visites des familles d'accueil et des usagers a fait l'objet d'un suivi systématique par les établissements par l'instauration d'outils de suivi et de gestion.

Ressources intermédiaires

Objectif découlant du cadre de référence sur les ressources intermédiaires du MSSS

AXE D'INTERVENTION

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES (RI)

RÉSULTATS ATTENDUS

Appliquer l'échelle de rétribution et assurer la mise en place d'ententes contractuelles par les établissements qui ont recours à des ressources intermédiaires

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de places et de ressources intermédiaires visées par l'échelle de rétribution du MSSS	197 places disponibles dans les 23 ressources intermédiaires rétribuées selon l'échelle du MSSS	23 ressources intermédiaires recevaient une rétribution quotidienne conforme à l'échelle du MSSS pour les 197 places disponibles
Nombre d'établissements et de ressources intermédiaires concernés par une entente contractuelle	Mise en place d'une entente contractuelle par les 9 établissements de la région avec les ressources intermédiaires rattachées à leur mission	La majorité des établissements ont établi et convenu d'une entente contractuelle avec leurs ressources intermédiaires. Un seul établissement n'a pas finalisé ses travaux visant à établir une entente contractuelle avec 2 ressources intermédiaires rattachées à sa mission

COMMENTAIRES

L'Agence a accordé une attention particulière à la situation de quatre ressources intermédiaires développées par deux établissements qui devaient recevoir une rétribution conforme à l'échelle prévue par le MSSS.

L'examen de la situation, à partir des informations disponibles, a permis à l'Agence d'identifier des pistes de solutions afin que les deux établissements concernés puissent ajuster la rétribution des ressources intermédiaires concernées. Pour soutenir ces deux établissements, l'Agence a bonifié le budget consacré aux ressources intermédiaires à partir des crédits régionaux.

Un suivi particulier de la situation concernant un établissement a permis de mettre en œuvre des travaux pour que soit révisée l'entente contractuelle de deux ressources intermédiaires. Au 31 mars 2005, l'établissement avait proposé aux ressources intermédiaires un projet d'entente contractuelle. L'Agence a demandé à l'établissement de conclure l'entente contractuelle avec les deux ressources intermédiaires dans les meilleurs délais.

Santé au travail

Objectif découlant d'une entente MSSS-CSST

AXE D'INTERVENTION — **SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL**

RÉSULTATS ATTENDUS

Réduire l'exposition au béryllium (BE) dans les milieux de travail, de façon à réduire l'apparition de la béryllose chronique

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre total de travailleurs exposés	849	849

COMMENTAIRES

Le béryllium, comme plusieurs autres contaminants, est susceptible d'altérer la santé des travailleurs de manière importante. Nous devons y accorder une grande attention. Le fait d'inclure le contrôle du béryllium à l'intérieur de certains programmes de santé confirme cette préoccupation.

Malgré la confirmation, ces dernières années, de diagnostics de bérylloses chroniques chez des travailleurs provenant presque exclusivement du secteur des fonderies, nous savons que :

- ces cas de bérylloses seraient la conséquence d'expositions passées;
- les expositions en entreprise sont maintenant beaucoup mieux contrôlées voire même éliminées dans plusieurs cas;
- la présence connue de béryllium est de plus en plus circonscrite et se retrouve maintenant bien en deçà des niveaux d'intervention fixés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST);

Pour ces raisons, nous croyons que s'il survenait des nouveaux cas de bérylliose chronique, ils seraient la conséquence d'une exposition passée. En ce sens, l'Agence doit :

- poursuivre les efforts d'information et de sensibilisation auprès des entreprises et travailleurs;
- sensibiliser les professionnels de la santé en région à l'aide d'outil de communication comme par exemple *Le Contaminant*;
- sensibiliser les comités de santé et sécurité concernés à l'importance d'inclure le contrôle du béryllium à leur programme de santé;
- collaborer à l'opération provinciale qui a pour objectif de réaliser l'évaluation des milieux de travail quant à la présence de béryllium.

Santé dentaire

Objectif découlant du Programme national de santé publique (2003-2012), du Plan d'action régional de santé publique (2004-2007) et des priorités 2004-2005

AXE D'INTERVENTION

SAINES HABITUDES QUANT AUX COLLATIONS ET À LA SANTÉ BUCCODENTAIRE

RÉSULTATS ATTENDUS

Implanter et consolider des interventions préventives en collaboration avec les CSSS, au moyen d'outils sur le choix des collations et le brossage des dents auprès des enfants de 0 à 4 ans et de leurs parents de toute la région, dans les divers milieux ciblés :

- CPE et services de garde en milieu familial;
- cliniques d'immunisation des CSSS;
- cliniques dentaires privées.

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de CPE rejoints	24	24
Nombre de responsables de services de garde en milieu familial rejoints	358	358
Nombre de cliniques d'immunisation et points de service rejoints	30	30
Nombre de cliniques dentaires privées rejointes (dentistes, hygiénistes dentaires et leur équipe)	25	25

COMMENTAIRES

Pour la réalisation des outils promotionnels, l'Agence a bénéficié d'une contribution financière de l'Ordre des dentistes du Québec, la Société dentaire de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que l'Association des chirurgiens dentistes du Québec.

Nous présumons que l'ensemble des responsables de services de garde en milieu familial ont été rejoints par l'entremise des CPE, car les hygiénistes dentaires des CSSS n'interviennent pas dans tous ces milieux familiaux.

Santé environnementale

Objectifs découlant du Programme national de santé publique (2003-2012), du Plan d'action régional de santé publique (2004-2007) et des priorités 2004-2005

AXE D'INTERVENTION

PRÉVENTION DES MALADIES D'ORIGINE HYDRIQUE

RÉSULTATS ATTENDUS

Sensibiliser les propriétaires de puits domestiques à l'importance de contrôler régulièrement la qualité microbiologique de leur eau potable

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion de propriétaires de puits sensibilisés	Diminuer la proportion des propriétaires qui jugeaient inutile de faire des analyses régulières de l'eau	Cette proportion était passée de 82 à 76 % entre 1996 et 2002. Elle se situait à 30 % en 2004

RÉSULTATS ATTENDUS

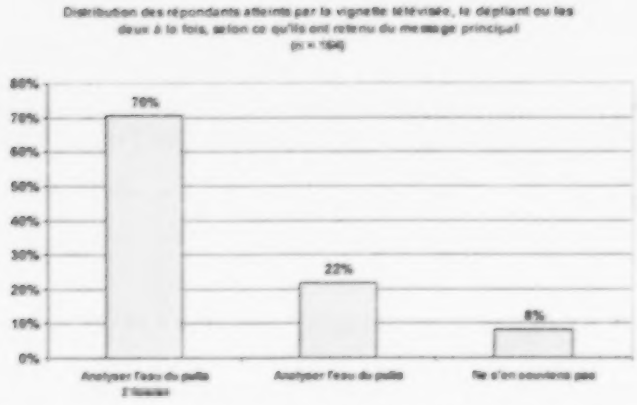
Évaluer l'efficacité des campagnes de sensibilisation réalisées en 2003-2004

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion de propriétaires de puits qui font analyser l'eau de leur puits à chaque année	Augmenter la proportion des propriétaires qui font au moins une analyse par année sur 5 ans	Cette proportion était passée de 1,5 à 3,5 % entre 1996 et 2002. La situation ne semble pas s'être améliorée beaucoup en 2004. Cependant 40 % des propriétaires avaient fait ou avaient l'intention de faire une analyse en 2004

COMMENTAIRES

- En Abitibi-Témiscamingue, 30 % de la population consomme l'eau d'un puits domestique;
- Chaque été, un puits sur quatre est contaminé par des bactéries pouvant nuire à la santé;
- L'analyse régulière de l'eau est la seule façon objective de vérifier l'intégrité microbiologique de l'eau.

Les enquêtes antérieures (1996 et 2002) de la Direction de santé publique auprès des propriétaires de puits de la région, révèlent que très peu de propriétaires font des analyses annuelles de leur eau. La plupart se fient au goût, à l'apparence de l'eau pour juger de sa qualité. Une vignette télévisée a été produite et diffusée par la DSP en 2003-2004 afin d'informer les propriétaires de puits de la nécessité des analyses régulières de leur eau. La vignette a été diffusée au printemps 2004 et une enquête a été réalisée par la suite pour mesurer son impact sur le comportement des propriétaires de puits. Le message de la vignette a été très bien compris comme en fait foi le graphique suivant.



Cependant, pour passer de l'intention à l'action, des mesures facilitatrices devraient être mises en place. La Direction de santé publique espère obtenir la collaboration des municipalités et des CSSS afin de mettre en place des services d'analyse collective de l'eau des puits (au même titre que la collecte des ordures ménagères par exemple) sur l'ensemble du territoire rural en région. Des projets-pilotes se déroulent présentement dans trois municipalités et pourraient être généralisés dans le futur si on parvient à convaincre nos partenaires de passer à l'action dans ce dossier.

AXE D'INTERVENTION

PRÉVENTION DES CANCERS RELIÉS À DES EXPOSITIONS ENVIRONNEMENTALES

RÉSULTATS ATTENDUS

Diminuer l'exposition de la population habitant près de la Fonderie Horne à Rouyn-Noranda aux émissions d'arsenic dans l'air

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Le niveau de concentration de l'arsenic dans l'air ambiant du quartier Notre-Dame à Rouyn-Noranda	Concertation avec les partenaires sur un objectif sécuritaire dans l'air ambiant et sur un plan d'action	Un plan d'action a été déposé en janvier 2005 afin de réduire d'un facteur d'environ 10 fois les concentrations moyennes actuelles dans le quartier
Évaluer le risque que représente l'exposition actuelle de la population	Caractériser l'exposition de la population du quartier aux retombées d'arsenic dans l'air ambiant et en évaluer l'impact potentiel sur la santé	L'analyse de divers scénarios d'exposition de la population a permis d'établir que le risque actuel est très faible

COMMENTAIRES

- Les concentrations d'arsenic dans l'air du quartier Notre-Dame sont les plus élevées au Québec (100 fois supérieures à celles de Montréal).
- Une détérioration de la situation a été constatée entre 1995 et 2000.
- Un revirement de cette tendance s'impose, compte tenu du potentiel cancérigène des poussières d'arsenic aéroportées.

Un groupe de travail interministériel, auquel la Direction de santé publique a contribué, a conclu à l'automne 2004, que la tendance observée des concentrations d'arsenic dans l'air devait être rapidement renversée. Les conclusions de cet avis gouvernemental ont été communiquées à la population concernée (bulletin de quartier) et un plan d'action a été déposé par la Fonderie Horne au début 2005. Un calendrier pour l'implantation de mesures de contrôle a été adopté et certaines des mesures sont déjà en place depuis mars 2005. D'autres mesures suivront une étude de caractérisation qui se terminera à l'automne 2005.

Bien que la Direction de santé publique ne juge pas que la situation actuelle augmentera significativement le nombre de cas de cancers du poumon dans la population du quartier, elle croit quand même nécessaire de valider son opinion par une surveillance prospective et rétrospective de l'incidence du cancer du poumon et de l'imprégnation biologique au sein de la population concernée. La Direction de santé publique a ainsi mis en place un programme de surveillance continue de l'incidence du cancer du poumon, avec la collaboration du CSSS Rouyn-Noranda et du RUIS McGill. Elle prépare également un projet de surveillance des taux d'arsenic urinaires dans la population du quartier en 2005-2006.

Santé mentale

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION

SERVICES DE SOUTIEN AUX PERSONNES EN SANTÉ MENTALE

RÉSULTATS ATTENDUS

Réduire la durée moyenne de séjour à la salle d'urgence pour les personnes ayant un problème de santé mentale

Augmenter le nombre d'adultes ayant reçu des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable dans la communauté

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Durée moyenne de séjour à la salle d'urgence	12,5	12,82
Nombre d'adultes différents ayant reçu des services de suivi intensif ou de soutien d'intensité variable dans la communauté	319	382

COMMENTAIRES

Un seul territoire fait face à des difficultés pour atteindre la cible. Des travaux importants de révision des services de santé mentale sont en cours dans ce territoire, notamment concernant l'arrimage avec les services d'urgence dans le cadre du programme fonctionnel et technique (PFT).

Le nombre d'adultes rejoints a augmenté de façon importante. Étant donné que les outils de cueillette de données ont une fiabilité relative, l'Agence est prudente quant à l'interprétation de ces données.

Notons par ailleurs que les établissements de la région collaborent étroitement avec des organismes communautaires pour assurer le suivi de cette clientèle de sorte que ces données ne reflètent pas entièrement la réalité de l'ensemble de la prestation des services.

AXE D'INTERVENTION — **SANTÉ MENTALE**

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre d'adultes souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation et de traitement dans les services de première ligne

Améliorer les services de première ligne pour les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux en réduisant le nombre d'usagers en attente d'évaluation pour des services spécialisés en santé mentale

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'adultes souffrant de troubles mentaux desservis en première ligne	442	438
Nombre de jeunes en attente d'évaluation pour des services spécialisés	45	91
Nombre de jeunes en attente pour des services de traitement spécialisés en santé mentale	50	36

COMMENTAIRES

Le nombre d'adultes souffrant de troubles mentaux desservis par les services de première ligne est demeuré sensiblement la même. Les données pour ces services sont à interpréter avec prudence car la distinction entre la première et la deuxième ligne n'est pas très claire dans la région. La constitution des CSSS et la révision des services en cours devrait permettre d'améliorer et de mieux définir l'offre de services pour cette clientèle l'an prochain.

La région compte très peu de pédopsychiatres, de sorte que cet objectif concerne globalement les services spécialisés en clinique externe de la mission centre hospitalier. Les services aux jeunes en attente d'évaluation ou de traitement n'ont pu répondre à la demande visée. En effet, des difficultés importantes de recrutement ont entraîné des délais pour combler un poste de psychologue. La situation devrait nettement s'améliorer au cours de la prochaine année. L'organisation de service visera la réduction de l'attente à l'évaluation de façon à ce que les services soient assurés selon des critères de priorité : l'attente au traitement risque de ne pas diminuer à court terme, mais les situations plus urgentes devraient être répondues plus rapidement.

Objectifs découlant du Plan stratégique triennal d'organisation de services 2003-2006 : volet santé mentale

AXE D'INTERVENTION — **RÉVISION DE L'ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE**

RÉSULTATS ATTENDUS

Réviser l'organisation actuelle des services en santé mentale

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Amorce de la démarche d'appropriation des orientations ministérielles	Lancement officiel de la démarche réalisée Outils de collecte de données développés et complétés par les CSSS	Lancement officiel de la démarche réalisée Élaboration des outils de collecte de données. Collecte de données effectuée dans 4 des 6 CSSS au 31 mars 2005

	Portrait synthèse de la collecte de données rédigé	
Travaux de consultation	Travaux de consultation	Démarches de consultation du projet de Plan d'action en santé mentale 2005-2008
Dépôt et analyse des offres de service	Dépôt et analyse des offres de service	

COMMENTAIRES

Plusieurs changements sont survenus au cours de la dernière année, lesquels ont influencé le déroulement des travaux de révision de l'organisation des services en santé mentale en Abitibi-Témiscamingue, entre autres, le report par le MSSS du Plan d'action en santé mentale 2005-2008, et l'élaboration des projets cliniques et organisationnels.

Malgré ces nombreux changements qui ont influencé l'état d'avancement des travaux et la révision des échéanciers, des étapes importantes ont été franchies au cours de la dernière année. La démarche de révision de l'organisation des services de santé mentale s'est amorcé le 9 juin 2004 en présence de 96 acteurs impliqués. Un comité de travail, composé des coordonnateurs des territoires, a été mis sur pied en vue d'élaborer deux outils de collecte de données nous permettant d'évaluer les besoins et les caractéristiques de la clientèle ainsi que des services qui leur sont offerts. Une séance de consultation s'est tenue à l'Agence le 7 février 2005 portant sur la version préliminaire du Plan d'action en santé mentale, à laquelle ont assisté une vingtaine de personnes concernées de la région ainsi que l'équipe du MSSS. Enfin, la collecte de données en santé mentale s'est amorcée en février 2005 dans l'ensemble des territoires de la région.

AXE D'INTERVENTION

CONSOLIDATION DES RESSOURCES MATÉRIELLES DU PAVILLON MALARTIC DU CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR

RÉSULTATS ATTENDUS

Mise à l'étude du PFT d'agrandissement et de réaménagement de 32 lits de psychiatrie du Pavillon Malartic du CSSS de la Vallée-de-l'Or

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Dépôt de documents du CSSS de la Vallée-de-l'Or à l'Agence	Mise à l'étude du projet	Amorce de la mise à l'étude

COMMENTAIRES

L'Agence a demandé au CSSS de la Vallée-de-l'Or d'apporter certaines modifications au document *Mandat d'analyse en santé mentale* afin de préciser davantage l'organisation des services de santé mentale ainsi que les arrimages à prévoir avec les activités cliniques et d'aide de type services généraux concernés par le projet d'agrandissement et de réaménagement du Pavillon Malartic.

De plus, l'Agence a recommandé au CSSS de la Vallée-de-l'Or, la participation d'un consultant externe au dossier, le Dr Jean-Bernard Trudeau, afin d'analyser le projet et l'organisation de service associée au PFT et ainsi nous faire part de ses réflexions et recommandations en vue d'assurer la réalisation du projet.

Objectif découlant des orientations ministérielles et des priorités de l'Agence

RÉSULTATS ATTENDUS

Produire un cadre de référence portant sur la notion d'appropriation du pouvoir

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Comité de travail en place pour produire un cadre de référence sur la notion d'appropriation du pouvoir	Rencontres du comité régional portant sur l'appropriation du pouvoir	6 rencontres du comité régional portant sur l'appropriation du pouvoir ont permis de produire une première version

COMMENTAIRES

Le comité régional portant sur l'appropriation du pouvoir a comme mandat de proposer à l'Agence et à l'ensemble des partenaires concernés un cadre de référence régional. Celui-ci favorise la participation des personnes utilisatrices de services en santé mentale aux mécanismes de coordination et de concertation territoriaux et régionaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Ceux-ci sont mis en place pour planifier, organiser, mettre en œuvre (incluant l'allocation des ressources financières) et évaluer les orientations en santé mentale.

De façon plus globale, il est entendu que les travaux du comité portent également sur la promotion de l'appropriation du pouvoir.

Le comité prévoit déposer une version préliminaire du cadre de référence à l'automne 2005 pour fins de consultation.

Objectif découlant du Plan d'action jeunesse en Abitibi-Témiscamingue

AXE D'INTERVENTION

SERVICES D'INTERVENTIONS EN SITUATION DE CRISE ET EN PRÉVENTION DU SUICIDE

RÉSULTATS ATTENDUS

Poursuivre la formation sur l'intervention en situation de crise suicidaire auprès des intervenants du CJAT

Poursuivre l'implantation du protocole de dépistage du risque suicidaire chez les jeunes au CJAT et au CR La Maison

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombres de formations	4 formations	3 formations
Nombre de personnes formées	48 intervenants	36 intervenants
Nombre de jeunes dépistés avant le passage à l'acte ou ayant des problèmes de santé mentale	Protocole fonctionnel	41 jeunes dépistés

COMMENTAIRES

Une formation en provenance du MSSS : *Intervention en situation de crise suicidaire* a été donnée au cours de l'année aux intervenants du CJAT (incluant les intervenants oeuvrant auprès des autochtones).

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

La gestion du protocole d'intervention permet également le dépistage précoce de la détresse psychologique et des problèmes reliés à la santé mentale des jeunes qui leur sont confiés.

Santé physique

Cardiologie tertiaire

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — TRAITEMENTS EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE

RÉSULTATS ATTENDUS

- Traiter les patients à l'intérieur des délais établis en hémodynamie
- Traiter les patients à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque
- Traiter les patients à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en hémodynamie		
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque		
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie		

COMMENTAIRES

Non applicable à la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

Chirurgie de la cataracte

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — CHIRURGIES DE LA CATARACTE

RÉSULTATS ATTENDUS

- Augmenter le nombre de chirurgies de la cataracte

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de chirurgies réalisées	1338	1302

COMMENTAIRES

Cette cible a été partiellement atteinte en raison du fait qu'un spécialiste sur deux a été absent durant six mois dans un territoire alors qu'on répondait à la demande dans l'autre territoire[1].

1 Toutefois, ces données ne seront validées par MED-Écho qu'en octobre 2005.

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Chirurgie d'un jour

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — CHIRURGIES D'UN JOUR

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre de chirurgies d'un jour

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées	4551	5410

COMMENTAIRES

Cette cible a été atteinte et même dépassée[1].

Chirurgie du remplacement du genou

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — CHIRURGIES DU REMPLACEMENT DU GENOU

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre de chirurgies du remplacement du genou

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de chirurgies réalisées	112	106

COMMENTAIRES

La cible n'a pas été atteinte au profit des chirurgies de hanche. Les personnes en attente de chirurgie de la hanche, plus souffrantes, ont été choisies en priorité[1].

1. Toutefois, ces données ne seront validées par MED-Écho qu'en octobre 2005.

Chirurgie du remplacement de la hanche

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — CHIRURGIES DU REMPLACEMENT DE LA HANCHE

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre de chirurgies du remplacement de la hanche

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de chirurgies réalisées	83	94

COMMENTAIRES

La cible a été dépassée aux dépens des chirurgies de genou. Il faut noter que les personnes plus souffrantes ont reçu une réponse à leur besoin en priorité[1].

Chirurgie hospitalière

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — CHIRURGIES AVEC HOSPITALISATION

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre de chirurgies avec hospitalisation

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées	3409	3501

COMMENTAIRES

Cette cible a été atteinte[1].

1. Toutefois, ces données ne seront validées par MED-Écho qu'en octobre 2005.

Imagerie par résonance magnétique

Objectif découlant du Plan stratégique d'organisation des services

AXE D'INTERVENTION

SERVICES D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

RÉSULTATS ATTENDUS

Amélioration de l'accessibilité aux services d'imagerie par résonance magnétique (IRM)

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Acquisition auprès de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) de leur appareil d'IRM	Obtenir le financement pour faire l'acquisition de l'appareil	Financement de 550 000 $ obtenu de la part du MSSS

COMMENTAIRES

À la suite de l'annonce par l'UQAT en octobre 2003, de ne plus pouvoir soutenir à même leur budget les coûts rattachés à l'achat de l'appareil d'IRM, l'Agence a effectué des démarches auprès du MSSS et a obtenu un financement de 550 000 $ pour faire l'acquisition de l'appareil.

Les directeurs généraux des centres hospitaliers ont opté pour conserver un mode de fonctionnement *mobile* de l'appareil d'IRM. Depuis, des démarches sont en cours avec les quatre centres concernés pour former un consortium dans le but d'acquérir l'appareil, d'élaborer un mode de fonctionnement et une gestion régionale de ce service, et ce, dans le but de l'optimiser. Les démarches se poursuivront en 2005-2006.

Laboratoires

Objectif découlant de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux

AXE D'INTERVENTION

SERVICES DE PRÉLÈVEMENT ET DE LABORATOIRE

RÉSULTATS ATTENDUS

Assurer l'accès aux services de prélèvement selon les normes ministérielles établies à une norme maximale d'attente de 60 minutes pour le prélèvement sans rendez-vous ou de 14 jours pour le prélèvement avec rendez-vous

Respecter la cible de performance coût/production

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de CSSS respectant les normes et cibles de performance	100 % des CSSS doivent respecter les normes d'accès aux services de prélèvement de 60 minutes pour le sans rendez-vous et de 14 jours avec rendez-vous	L'enquête d'accessibilité de l'automne 2004 dévoile que 100 % des CSSS sont conformes
	100 % des laboratoires doivent atteindre la cible de performance	50% des laboratoires ont atteint leur cible de performance

COMMENTAIRES

Laboratoire	Cible 2004-2005	Coût unitaire Sans prélèvement	Écart
CSSS de Rouyn-Noranda	0,79 $	0,73 $	- 0,06 $
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	0,83 $	0,76 $	- 0,07 $
CSSS des Aurores-Boréales	0,92 $	1,03 $	+0,11 $
CSSS du Lac-Témiscamingue	0,99 $	1,26 $	+0,27 $
CSSS de la Vallée-de l'Or			
Val-d'Or	0,85 $	0,76 $	-0,09 $
Malartic, Senneterre	1,18 $	1,21 $	+0,03 $
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	0,83 $	1,21 $	+0,38 $

L'Agence constate que les laboratoires disposant d'un volume de production plus important (Rouyn-Noranda, Val-d'Or et Amos) sont parvenus à baisser de façon significative leur coût unitaire.

Par contre, pour les centres avec des plus petits volumes, les coûts non récurrents (par ex. formation des techniciennes et infirmières, remplacement) et récurrents (par ex. licences informatiques, contrats d'entretien) reliés à l'informatisation des laboratoires et à l'implantation du Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) ont une forte répercussion sur les coûts unitaires. D'autant plus que les coûts récurrents sont semblables pour les centres à petit ou à plus fort volume de production.

Pour 2004-2005, les CSSS du Lac-Témiscamingue et de Témiscaming-et-de-Kipawa ont des frais importants reliés aux congés de maladie et au temps supplémentaire dû à une pénurie de technicien. Le dépassement de la cible s'explique également par une baisse de volume de production reliée au départ de médecins.

Pour le CSSS de la Vallée-de-l'Or, le laboratoire de Malartic est pratiquement rendu un centre de prélèvement. Le calcul des coûts unitaires sans les prélèvements influence énormément les résultats pour ce laboratoire puisque le nombre d'analyses effectuées sur place a fortement diminué. Le bilan des trois laboratoires regroupés démontre des résultats très intéressants.

Les personnes en charge des laboratoires sont toutefois confiantes de pouvoir améliorer les résultats au cours de la prochaine année.

Médecine nucléaire

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — **EXAMENS EN MÉDECINE NUCLÉAIRE**

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre d'examens en médecine nucléaire (osseux et cœur)

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'examens réalisés	11 525 examens	12 858 examens

COMMENTAIRES

Le CSSS de la Vallée-de-l'Or a reçu un soutien financier pour augmenter la production des examens de médecine nucléaire. La cible régionale est atteinte au-delà des attentes.

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Soins palliatifs

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — SERVICES EN SOINS PALLIATIFS

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmentation du nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile

Augmentation du nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	308	334
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13,96	15,80

COMMENTAIRES

Ces services sont en augmentation constante depuis les trois dernières années. L'accessibilité, l'horaire et l'intensité des services varient toutefois d'un territoire à l'autre. Dans certains territoires, il faut souligner la pression qu'exercent ces services, mis en priorité, par rapport aux autres services de soutien à domicile.

Objectif découlant de l'orientation régionale pour le développement et la consolidation des services en soins palliatifs en région adoptée au conseil d'administration

AXE D'INTERVENTION — DÉVELOPPEMENT ET CONSOLIDATION DES SERVICES EN SOINS PALLIATIFS EN RÉGION

RÉSULTATS ATTENDUS

Développement et consolidation des maisons de soins palliatifs en s'assurant que les services et soins offerts répondent à des normes de qualité et s'inscrivent dans un continuum de services

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de maisons spécialisées en soins palliatifs, opérationnelles, soutenues par un financement adéquat avec ententes de collaboration avec les établissements du réseau	3 maisons spécialisées en soins palliatifs opérationnelles ayant des ententes de collaboration officielles avec les établissements du réseau	3 maisons opérationnelles avec des ententes de collaboration à finaliser à l'automne 2005

COMMENTAIRES

Trois maisons de soins palliatifs sont opérationnelles en Abitibi-Témiscamingue, soit à Amos, Rouyn-Noranda et Val-d'Or. La politique ministérielle a été rendue publique en novembre 2004. Elle favorise l'équité dans l'accès, la continuité et la qualité des services en soins palliatifs, que ce soit au domicile de la personne, en établissement ou dans les maisons de soins palliatifs. Les modalités de financement sont à développer par une approche basée sur le partenariat. Un montant de 305 149 $ est alloué par l'Agence aux CSSS de la région. De ce montant, 155 149 $ est réparti de façon récurrente pour le développement et le maintien des ressources en soins palliatifs des cinq MRC de l'Abitibi-Témiscamingue. Un montant additionnel de 150 000 $ est alloué pour soutenir les maisons spécialisées en soins palliatifs.

CSSS	Montant Récurrent	Montant additionnel	Total
Ville de Rouyn-Noranda : *Maison des soins palliatifs de Rouyn-Noranda*	36 812 $	116 104 $	152 916 $
MRC d'Abitibi : *Maison du Bouleau blanc*	36 812 $	33 896 $	70 708 $
MRC de La Vallée-de-l'Or *Maison de La Source Gabriel*	36 812 $		36 812 $
MRC d'Abitibi-Ouest	26 827 $		26 827 $
MRC de Témiscamingue	17 886 $		17 886 $
TOTAL	**155 149 $**	**150 000 $**	**305 149 $**

Système du sang

Objectif découlant de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux

AXE D'INTERVENTION — MODERNISATION DU SYSTÈME DU SANG

RÉSULTATS ATTENDUS

Suivre les orientations et programmes ministériels en regard des services
Réaliser les activités nécessaires à la régionalisation du système du sang

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'établissements (désignés associés ou affiliés) ayant réalisé les activités nécessaires à la régionalisation du sang	100 % des CSSS désignés et des CSSS associés doivent adopter une politique de gestion des inventaires	100 % des CSSS désignés et des CSSS associés ont adopté une politique de gestion des inventaires
	Les comités de médecine transfusionnelle doivent se rencontrer au moins 4 fois par année	Le comité transfusionnel régional a tenu 4 réunions en 2004-2005
	100 % des CSSS désignés et des CSSS associés doivent déterminer leur consommation attendue en produits sanguins, et le faire valider par les agences de santé et de services sociaux et accepter par le MSSS	100 % des CSSS désignés et des CSSS associés de notre région ont déterminé leur consommation attendue en produits sanguins, validée par les agences de santé et de services sociaux et acceptée par le MSSS
	100 % des CSSS désignés et des CSSS associés doivent atteindre le taux de péremption des culots globulaires par CSSS fixé par le MSSS. Pour la région, la cible à atteindre est de 8 % et de 10 % par établissement	Le taux de péremption régional est atteint pour la région Un seul CSSS n'a pas atteint la cible de 10 %
	100 % des CSSS désignés et des CSSS associés doivent utiliser le rapport d'incident / accident transfusionnel (RIAT)	60 % des CSSS désignés et des CSSS associés transmettent un RIAT

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

COMMENTAIRES

On constate de nettes améliorations en ce qui concerne le taux de péremption de culots globulaires en région. Un soutien particulier sera apporté au centre qui n'a pas atteint son objectif afin qu'il puisse s'entendre avec les autres CSSS pour échanger les culots dont la date de péremption vient à échéance.

Des rencontres sont prévues au cours de la prochaine année pour former les centres associés qui ne produisent pas les RIAT.

Urgence

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — **SERVICES D'URGENCE**

RÉSULTATS ATTENDUS

Réduire le séjour moyen de la clientèle sur civière

Réduire la proportion de patients qui demeurent 48 heures ou plus sur des civières

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Durée moyenne de séjour en heure	10,5	10,94
Pourcentage de séjour de 48 heures ou plus	0,9	2,23

COMMENTAIRES

Un seul territoire fait face à des difficultés pour atteindre la cible, quoique de nombreux efforts aient été consentis au cours des deux dernières années pour régler la situation. La fusion et les divers changements de dirigeants au sein du CSSS de la Valllée-de-l'Or ont pu ralentir les travaux. Les efforts devront se poursuivre au cours de la prochaine année.

Services en langue anglaise

Objectif découlant de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et du Programme d'accès aux services en langue anglaise

AXE D'INTERVENTION — **SERVICES EN LANGUE ANGLAISE**

RÉSULTATS ATTENDUS

S'assurer que la population d'expression anglaise de l'Abitibi-Témiscamingue puisse accéder aux services de santé et services sociaux

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'activités de traduction réalisées en cours d'année	Aucune demande de traduction en attente	75 documents en provenance de l'Agence et des établissements ont été traduits 1 activité de traduction simultanée a été offerte par l'Agence

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Nombre de projets de formation linguistique financés au cours de l'année	Aucun projet de formation en attente	2 projets de formation linguistique ont été financés en cours d'année Aucun projet n'est en attente
Réactivation du comité aviseur régional	Première rencontre du comité	S'effectuera à l'automne 2005

COMMENTAIRES

L'accès aux services de santé et aux services sociaux pour la population d'expression anglaise a été renforcé par des services de traduction, d'interprétation, d'information et de soutien offerts par l'Agence. L'implication et la consultation de la communauté d'expression anglaise pour toutes les questions concernant l'accès aux services de santé et aux services sociaux doivent s'accentuer pour l'élaboration, en cours, des projets cliniques et organisationnels. La mise en place, en 2004-2005, de projets de formation en langue anglaise pour le personnel de deux établissements de la région devrait améliorer significativement l'accès aux services pour la population anglophone au cours de l'année 2005-2006.

Tous les communiqués d'intérêt public émis par la Direction de santé publique ont été traduits et diffusés auprès des communautés autochtones anglophones de la région. Un service de traduction simultanée est disponible lors de rencontres.

Deux projets de formation en langue anglaise destinés à des professionnels provenant d'établissements régionaux situés sur des territoires ayant une forte proportion de population d'expression anglaise (Projets *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires* ou FASSP) ont été mis en route en 2004-2005.

Un soutien à la gestion des services spécifiques en langue anglaise de certains établissements de la région a été octroyé par l'Agence.

La région a participé aux rencontres des responsables régionaux de l'accès aux services en langue anglaise des agences du Québec et du personnel du Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise.

Le comité régional a été consulté sur l'avis formulé par le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise portant sur la constitution des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Services généraux

Soutien à domicile

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION

SOUTIEN AUX PERSONNES À DOMICILE SUITE À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre de personnes desservies

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de personnes desservies	586	574

COMMENTAIRES

Les résultats traduisent presque le même niveau de services; certains territoires ont dû faire face à la pression de d'autres services à domicile, notamment des soins palliatifs, ce qui expliquerait la légère baisse.

Soins infirmiers courants

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION

SOINS INFIRMIERS COURANTS

RÉSULTATS ATTENDUS

Assurer l'accès à des services infirmiers de santé courants

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de personnes desservies par des services infirmiers	23 335	24 465
Nombre moyen d'interventions en soins infirmiers par personne par année	2,96	2,6
Taux d'utilisation du service Info-Santé	357 pour 1000	364 pour 1000

COMMENTAIRES

Les services infirmiers de santé courants sont accessibles de 35 à 50 heures par semaine, sans rendez-vous, selon les territoires. Ceux-ci sont très utilisés dans la région, notamment en raison de l'accès limité aux services médicaux en cabinet privé.

Le nombre de personnes desservies a augmenté en 2004-2005 par rapport à 2003-2004. Pour ce type de services, utilisé de façon ponctuelle, la diminution de l'intensité des services observée ne peut être interprétée comme une diminution de services.

Le service Info-Santé est toujours très utilisé en région. La centrale située au CSSS du Lac-Témiscamingue à Ville-Marie assure la presque totalité de la réponse pour la région. Les CSSS de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda ont assuré la réponse de jour sur semaine en 2004-2005, mais l'ensemble des appels devrait être centralisé au CSSS du Lac-Témiscamingue en 2005-2006, ce qui permettrait de réduire la perte d'appels.

Note : Il y a eu des modifications dans la nomenclature du système d'information pour la clientèle des CLSC au cours de la dernière année qui implique une interprétation prudente des résultats. L'intégration des services de santé courants dans trois territoires (CSSS de la Vallée-de-l'Or à Senneterre, CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa et CSSS des Aurores-Boréales) permet d'expliquer les différences entre les territoires.

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Services psychosociaux courants

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION

SERVICES PSYCHOSOCIAUX COURANTS

RÉSULTATS ATTENDUS

Assurer l'accès à des services psychosociaux généraux et améliorer l'accès à des services de consultation par des psychologues

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de personnes desservies par les services psychosociaux	2337	2437
Nombre moyen d'interventions par personne réalisées par les services psychosociaux	4,52	4,3
Nombre de personnes desservies par les psychologues	95	186
Nombre moyen d'interventions par personne réalisées par les psychologues	1,72	3,15

COMMENTAIRES

L'accès à des services psychosociaux généraux varie de 35 à 50 heures par semaine selon les CSSS de la région. Il s'agit d'un service très utilisé. On observe une augmentation du nombre de personnes desservies, alors que l'intensité a légèrement diminué, ce qui ne traduit pas de baisse de service car l'intervention est souvent brève et ponctuelle.

L'Agence observe une amélioration de l'accès aux services des psychologues qui devrait se poursuivre au cours des prochaines années.

Note : Un problème d'enregistrement des données dans le système d'information I-CLSC a été constaté en fin d'année et sera corrigé pour 2005-2006. Ainsi, les années 2003-2004 et 2004-2005 sont comparables, mais ne pourront l'être avec celles de la prochaine année.

Services préhospitaliers d'urgence

Objectif découlant des volumes de transports ambulanciers

AXE D'INTERVENTION

SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

RÉSULTATS ATTENDUS

Nombre de transports réalisés

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de transports réalisés	Répondre à toutes les demandes de transport	10 544 transports réalisés

COMMENTAIRES

Pour la période du 1er avril 2004 au 31 mars 2005, les entreprises ambulancières de la région ont effectué 10 544 transports, ce qui représente une augmentation de 176 transports par rapport à 2003-2004 ainsi qu'une hausse de 1682 transports depuis 2000.

Zone	Nombre de transports selon les territoires	
801	Ambulances Témiscaming	216
802	Ambulances Abitémis (Ville-Marie)	554
803	Ambulances Abitémis (Rouyn-Noranda)	2 831
804	Ambulances Abitémis (La Sarre)	1 196
805	Ambulances Abitémis (Amos)	1 257
806	Ambulances Val-d'Or	2 841
807	Ambulance Senneterre	305
810	Ambulances Abitémis (Malartic)	457
811	Ambulances Abitémis (Notre-Dame du Nord)	321
812	Ambulance Boulay	57
813	Ambulances Abitémis (Cadillac)	178
814	Ambulances Abitémis (Barraute)	194
820	Ambulance Bella-Meau	137
Total		**10 544**

Villes et villages en santé

Objectifs découlant du Programme national de santé publique (2003-2012), du Plan d'action régional de santé publique (2004-2007) et des priorités 2004-2005

AXE D'INTERVENTION

DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS DANS LE CADRE DE VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ (VVS)

RÉSULTATS ATTENDUS

Poursuivre la promotion de l'approche VVS dans les cinq MRC

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nouvelles municipalités adhérant à VVS	3 nouvelles municipalités, territoires et communautés adhérant à VVS	9 nouvelles municipalités, territoires et communautés adhérant à VVS : Belcourt, Guérin, Kitcisakik, Languedoc, Malartic, Sainte-Gertrude-Manneville, Secteur Trécesson (La Ferme-Villemontel), Senneterre et Taschereau

COMMENTAIRES

Depuis plus de sept ans, l'Agence, en collaboration avec l'animation communautaire des CSSS de la région, offre du soutien et de l'accompagnement aux élus et à leurs leaders locaux pour identifier leur priorité de bien-être et de qualité de vie. Leurs actions permettent de définir des moyens d'agir en faveur de la santé et du bien-être de leur communauté. Depuis 1998, 28 municipalités et territoires couvrant plus de 50 communautés bénéficient d'un tel mouvement.

Pour 2004-2005, les résultats démontrent l'intérêt de plus en plus manifeste des élus au mouvement de solidarité et de participation de la population aux décisions entourant leur bien-être et leur qualité de vie. Le travail de soutien de ces nouvelles communautés a été continu grâce à la présence des organisateurs communautaires des CSSS et des personnes de référence dans les localités. L'adhésion de neuf municipalités et territoires à VVS a exigé plus de temps consacré aux rencontres de travail ainsi qu'à la réalisation d'outils.

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Pour soutenir celles-ci, des sessions de formation ont été offertes dans les cinq territoires de MRC sur deux ans pour supporter les municipalités dans leurs actions ou projets. Plus de 120 personnes ont bénéficié de ces formations au cours de 2004-2005.

Une rencontre régionale des municipalités et territoires en santé, avec la présence d'un conférencier sur le développement communautaire, a permis de poursuivre le réseautage entre celles-ci et d'établir des points de repère pour travailler en concertation et pour favoriser la participation des différents partenaires à l'amélioration de la qualité de vie dans les communautés.

L'évaluation de la pertinence du contenu du *Bulletin de liaison des municipalités en santé* a été réalisée. La pertinence de cet outil de communication a été confirmée.

RÉSULTATS ATTENDUS

Participer au développement et à la mise en pratique d'un concept de communauté en santé avec les milieux autochtones

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Concept de municipalités en santé avec les milieux autochtones	Bilan des activités réalisées	Kitcisakik a adhéré au réseau des VVS Pikogan s'apprête à le faire

COMMENTAIRES

La communauté de Kitcisakik a adhéré à VVS. Une démarche du conseil de bande concernant leur priorité de développement se fera à court terme.

- Quant à la communauté de *Pikogan*, le conseil de bande et l'administration du Centre de santé de la réserve ont été sensibilisés au concept et à ses moyens d'actions.
- Dans le cadre de la *Journée santé* au printemps, des professionnels de l'Agence ont offerts de l'information spécifique à leurs besoins et ont décrit le type de soutien auquel la population de *Pikogan* pouvait s'attendre.
- L'Agence a collaboré à la réalisation du *Colloque québécois des Villes et villages en santé* à Val-d'Or en septembre 2004. Il y a eu, pour la première fois depuis quinze ans au colloque du Réseau québécois des villes et villages en santé (RQVVS), la présence de plus de trente participants des *Premières Nations algonquine et Crie*.

Violence envers les personnes

Suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION

SERVICES AUX ENFANTS ET FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE

RÉSULTATS ATTENDUS

Augmenter le nombre d'enfants exposés à la violence conjugale ayant reçu les services d'une intervenante *jeunesse* d'une maison d'hébergement

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'enfants exposés à la violence conjugale ayant reçu les services d'une intervenante *jeunesse* d'une maison d'hébergement	120	191

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

COMMENTAIRES

Cette cible a été atteinte selon l'information fournie par les maisons d'hébergement.

Objectif découlant du Programme national de santé publique (2003-2012), du Plan d'action régional de santé publique (2004-2007), des priorités 2004-2005 et du Plan d'action régional en matière de violence envers les personnes âgées

AXE D'INTERVENTION

PRÉVENTION DE LA VIOLENCE ENVERS LES PERSONNES ÂGÉES

RÉSULTATS ATTENDUS

Évaluer les objectifs de la campagne de prévention de la violence, de la négligence et des abus envers les personnes âgées

Sensibiliser la population au phénomène de la violence exercée à l'endroit des personnes âgées

Sensibiliser l'entourage des personnes âgées à leur responsabilité face à la violence envers les personnes âgées

Amener les personnes âgées victimes de violence, de négligence ou d'abus à demander de l'aide

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Sondage sur la visibilité de la campagne	Population en général	Sondage réalisé auprès de 508 personnes
Nombres de projets subventionnés	Projet visant l'entourage des personnes âgées et les personnes âgées victimes de violence, négligence ou abus	Réalisation de 18 projets de prévention

COMMENTAIRES

Comme prévu dans le *Plan d'action régional en matière de violence envers les personnes âgées*, l'Agence a conçu une campagne de prévention échelonnée sur trois ans, se terminant en 2005.

- Un sondage sur la visibilité de la campagne a permis de confirmer l'importance de réaliser de telles activités et de valider les choix des cibles identifiées et des moyens utilisés.
- Les messages télévisés liés à cette campagne ont été vus par une très grande partie de la population et ont été grandement appréciés.
- Les principaux messages ont également été bien reçus. La campagne a permis, à la majorité des personnes ayant répondu au sondage, l'amélioration de leurs connaissances en ce domaine.
- Par ailleurs, une proportion notable de personnes a aussi affirmé que la campagne leur avait permis de dépister une personne âgée de leur entourage qui était victime de violence ou d'abus.
- Toujours dans le but d'évaluer cette campagne, des rencontres avec des personnes âgées ont été utiles pour, non seulement recueillir des commentaires sur les outils de la campagne et leurs effets, mais aussi pour orienter les prochaines actions préventives.

Parallèlement à cette campagne de sensibilisation, un mécanisme de subvention a également favorisé la réalisation de plusieurs activités de prévention de la violence envers les personnes âgées, dont :

- la tenue d'un premier colloque intergénérationnel;
- la réalisation d'un programme de prévention par le CSSS des Aurores-Boréales et pour lequel cet établissement a obtenu dernièrement un prix *Qualité* de la Fédération des CLSC;
- la réalisation et une tournée régionale d'une pièce de théâtre de sensibilisation du phénomène de la violence envers les personnes âgées.

LES PLAINTES À L'AGENCE ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Les citoyens et les citoyennes déposent des plaintes à la commissaire régionale à la qualité des services lorsqu'ils sont insatisfaits d'un service reçu de l'Agence, d'un organisme communautaire ou du service préhospitalier d'urgence. Par ailleurs, la population s'adresse également à l'Agence pour signaler des difficultés dans les résidences privées. Elle fait également des demandes d'assistance et d'information quant aux services offerts sur son territoire.

Les demandes d'assistance consistent principalement en des activités de consultation, de liaison et d'intervention, dans le but de régler une insatisfaction sans qu'il y ait dépôt d'une plainte écrite ou verbale. Les demandes d'information de la population portent, entre autres, sur l'organisation ou l'accès aux services, pour lesquelles l'Agence transmet les données pertinentes nécessaires à la compréhension d'une situation.

TABLEAU 15
BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES REÇUES À L'AGENCE AU 31 MARS 2005

PLAINTES	9
ASSISTANCE	14
INFORMATION	155
AUTRES (erreur d'instance, copie conforme, etc.)	18
PÉNURIE D'EFFECTIFS MÉDICAUX	37
DEMANDES D'INTERVENTION RÉSIDENCES PRIVÉES	11
NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS	244

Dans l'ensemble, la commissaire régionale à la qualité des services et son adjointe sont intervenues dans 244 dossiers et demandes adressées à l'Agence. Il s'agit de 9 plaintes, 14 demandes d'assistance, 155 demandes d'information, 18 erreurs d'instances (plaintes qui auraient dû être déposées auprès d'un établissement), 11 signalements envers les résidences privées. Le nombre d'interventions est en hausse puisque l'an dernier le nombre total était de 177 demandes.

La plupart des plaintes sont d'abord traitées en établissement. Par son pouvoir de recommandation, le commissaire local à la qualité des services vise essentiellement le redressement d'une situation administrative ou professionnelle qui affecte l'usager. C'est une occasion privilégiée, et particulièrement stimulante pour qui veut améliorer la qualité des services. Ce premier tableau présente le bilan des plaintes traitées en établissement. Nous avons distingué les plaintes adressées aux commissaires à la qualité des services de celles déposées aux médecins examinateurs.

TABLEAU 16
PLAINTES TRAITÉES PAR LES COMMISSAIRES LOCAUX À LA QUALITÉ DES SERVICES DANS LES ÉTABLISSEMENTS AU 31 MARS 2005

Mission d'établissement	Plaintes en voie de traitement au 1er avril 2004	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2005	Dossiers transmis au 2e palier : Protecteur des usagers
CH	19	136	155	133	22	8
CLSC	1	22	23	21	2	5
CHSLD	2	11	13	12	1	0
CR	1	1	2	2	0	0
CENTRE JEUNESSE	3	27	30	22	8	4
Total	26	197	223	190	33	17

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Durant l'exercice 2004-2005, les dix établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ont reçu 197 plaintes. Puisque 26 plaintes étaient en voie de traitement au 1er avril 2004, le nombre total de dossiers de plaintes examinés par les commissaires locaux est de 223. Ces derniers ont acheminé leurs conclusions pour 190 plaintes. Subséquemment, 33 plaintes étaient en voie de traitement au 31 mars 2005. De ce nombre, 17 dossiers ont été transmis en deuxième instance au Protecteur des usagers.

TABLEAU 17
PLAINTES TRAITÉES PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS DANS LES ÉTABLISSEMENTS AU 31 MARS 2005

MISSION D'ÉTABLISSEMENT	Plaintes en voie de traitement au 1er avril 2004	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2005	Dossiers transmis au 2e palier : Comité de révision
CH	29	68	97	58	39	13
CLSC	0	1	1	0	1	0
Total	29	69	98	58	40	13

Les médecins examinateurs ont reçu 69 plaintes. Au 1er avril 2004, 29 dossiers de plaintes étaient en voie de traitement. En conséquence, le nombre de dossiers totalisait 98 pour l'exercice financier 2004-2005. Les médecins examinateurs ont remis leurs conclusions pour 58 plaintes et 13 de ces dossiers ont été transmis à un comité de révision. Il en subsistait 40 en voie de traitement au 31 mars 2005.

Si on additionne les plaintes adressées aux commissaires locaux à la qualité des services et aux médecins examinateurs, le total indique que 266 plaintes ont été déposées au total cette année. Ce sont 330 plaintes qui ont été adressées aux établissements du territoire pour l'exercice financier 2004-2005. Le territoire a donc connu une diminution du nombre de plaintes cette année.

LES RESSOURCES HUMAINES

Objectifs découlant des priorités ministérielles 2004-2005

AXE D'INTERVENTION — **DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES CADRES ET HORS-CADRES**

RÉSULTATS ATTENDUS

Appliquer la loi 25 et que l'Agence développe pour les cadres et hors-cadres des programmes d'appuis pour accélérer la mise en place des réseaux locaux de services (RLS)

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Liste des activités réalisées, nombre de participants	Projet clinique	21 personnes participantes
	Projet clinique intitulé : Oui, mais je m'y prends comment ?	169 personnes participantes
	Impact CSST versus RLS	8 personnes participantes

COMMENTAIRES

Ces activités ont permis de mettre en commun les principales notions entourant la mise en place des RLS et de s'approprier les orientations ministérielles et régionales.

RÉSULTATS ATTENDUS

Offrir des programmes de formation, de sensibilisation à la négociation locale aux équipes de direction ainsi que des activités plus spécifiques et réalisées à l'intention des équipes de négociation locale dans le cadre de la loi 30

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Liste des activités réalisées, nombre de participants	Module 1 – activité de sensibilisation aux équipes de direction	55 personnes
	Module 2 – les habiletés de négociation aux équipes de négociation locale	38 personnes

COMMENTAIRES

Les cadres des comités de négociation locale ont apprécié les contenus des formations.

Grâce aux outils développés et aux cahiers du participant bien élaborés, les gens se sentent prêts à initier la négociation locale.

RÉSULTATS ATTENDUS

Offrir un programme de soutien pour les cadres en lien avec l'application de la *Loi sur le harcèlement psychologique* qui est entrée en vigueur en juin 2004

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Liste des activités réalisées, nombre de participants et les sommes consacrées	Savoir distinguer et gérer sans tout bouleverser (1 jour)	86 personnes 3 520 $ 100 $ inscription par personne
	Investiguer les plaintes de harcèlement en milieu de travail (2 jours)	14 personnes 2 472 $ 200 $ inscription par personne

COMMENTAIRES

Les participants ont beaucoup apprécié ces activités de formation. Ils ont trouvé la formation accessible et réaliste.

De plus, les outils déployés lors de ces formations sont facilement applicables.

Objectifs découlant des attentes administratives 2004-2005

AXE D'INTERVENTION — DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL AUX SOINS

RÉSULTATS ATTENDUS

Établir un portrait de main-d'œuvre d'auxiliaires familiales et de préposés aux bénéficiaires

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Portrait régional de main-d'œuvre d'auxiliaires familiales et de préposés aux bénéficiaires	Portrait produit	Portrait déposé en 2005 à partir des données 2004

COMMENTAIRES

Une fois le portrait dressé, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de pénurie pour ces titres d'emploi.

AXE D'INTERVENTION — ORGANISATION DU TRAVAIL ET QUALITÉ DE VIE

RÉSULTATS ATTENDUS

Effectuer un suivi des projets de révision d'organisation du travail visant une utilisation optimale des compétences du personnel

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre et types de projets réalisés et les sommes consacrées	3	0

COMMENTAIRES

Trois projets ont été soumis au MSSS pour fins de financement. Par contre, ces projets n'ont pas été retenus.

Les critères de sélection sont plus sévères et des indicateurs mesurables sont exigés afin de constater les effets bénéfiques de la révision de l'organisation du travail et ainsi, réduire l'impact de la pénurie de certains professionnels.

RÉSULTATS ATTENDUS

Réaliser des activités pour soutenir le développement des compétences du personnel d'encadrement

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Liste des activités réalisées, nombre de participants et les sommes consacrées	Bilan des activités des groupes d'apprentissage dans l'action	44 personnes 1 515 $
	Démarrage de nouveaux groupes d'apprentissage dans l'action	5 groupes 22 personnes 20 000 $
	Système d'information en ressources humaines	13 personnes
	Le partenariat	76 personnes 2 357 $
	Rendez-vous annuel des membres des comités régionaux de développement du personnel d'encadrement	3 personnes 1 481 $

COMMENTAIRES

Pour le personnel cadre, ces formations représentent la majorité des activités ciblées pour le développement des compétences.

RÉSULTATS ATTENDUS

Améliorer la gestion de présence au travail par la poursuite de la mise en œuvre du plan d'action triennal, publié en décembre 2001, pour la gestion de la présence au travail

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Ratio des heures en assurance-salaire sur les heures travaillées	5,69 %	6,12 %

COMMENTAIRES

L'Agence constate qu'à la suite des efforts consentis dans la région, la situation s'est améliorée car en 2003-2004, le ratio était de 6,2 %. Plusieurs établissements ont été regroupés à la suite de l'application de la loi 25. Les établissements consacrent actuellement beaucoup d'énergie à intégrer leurs activités. L'équipe de direction doit maintenir l'orientation d'améliorer la gestion de la présence au travail et en fait un dossier prioritaire.

RÉSULTATS ATTENDUS

Produire un état de situation et établir une stratégie au niveau de la mobilisation du personnel dans les établissements tel que prévu au cadre de référence ministériel

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Mettre en place une stratégie et un plan d'action sur la mobilisation du personnel	Élaboration d'un programme régional portant sur une démarche diagnostique sur le climat de travail	Programme livré à tous les établissements

COMMENTAIRES

Le MSSS a élaboré un cadre de référence sur la mobilisation du personnel du réseau de la santé et des services sociaux en novembre 2002. Le cadre de référence présente une perspective commune et annonce des mesures que le MSSS entend mettre de l'avant pour améliorer la situation.

Le programme régional permet aux établissements de participer au financement de la démarche visant l'état de situation du climat de travail et de fournir des outils permettant de mettre en œuvre la démarche.

Au 1er décembre 2005, la majorité des établissements auront procédé à un état de situation sur le climat de travail. Par la suite, un plan d'action sera produit pour le 30 juin 2006 afin de renforcer les conditions de mobilisation.

LES RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

Objectif découlant des priorités 2004-2005 et du suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

AXE D'INTERVENTION — **RESSOURCES FINANCIÈRES - ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

RÉSULTATS ATTENDUS

Revoir les processus administratifs de façon à garantir un retour à l'équilibre budgétaire sur un horizon de trois ans

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Évaluation de la situation financière des établissements	Équilibre budgétaire	Équilibre budgétaire

COMMENTAIRES

Les résultats cumulés au 31 mars 2005 des établissements démontrent un surplus régional de 515 399 $. Seul un établissement a enregistré un déficit de 453 773 $ sur les dix établissements de la région.

L'Agence, quant à elle, a terminé son année financière avec un surplus de 71 472 $.

La situation financière des établissements est bonne grâce à l'effort constant et à l'excellent travail des gestionnaires du réseau.

Objectifs découlant des priorités 2004-2005

AXE D'INTERVENTION — **RESSOURCES FINANCIÈRES - SURFINANCEMENT RÉGIONAL**

RÉSULTATS ATTENDUS

Améliorer les paramètres et indicateurs afin de minimiser les impacts du changement de mode d'allocation des ressources

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Surfinancement régional reconnu en 2004-2005 : 6 304 120 $	Diminuer le surfinancement régional	Sous-financement régional reconnu pour 2005-2006 : 393 259 $

COMMENTAIRES

La région de l'Abitibi-Témiscamingue est passée d'un surfinancement total de 6 304 120 $ en 2004-2005 à un sous-financement régional de 393 259 $ pour 2005-2006.

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

L'évolution des travaux *provinciaux* ont permis d'améliorer les résultats dans cinq programmes-services sur neuf programmes notamment au programme perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle, jeunes en difficulté et santé physique et dans les deux programmes de soutien, soit administration et soutien et gestion des bâtiments.

Des gains importants ont été enregistrés au niveau des paramètres *dimensions régionales* et *Impact RAMQ*, notamment la reconnaissance des équipes minimales en déficience physique, déficience intellectuelle et dépendance, au coût relié à l'éloignement et au coût du recrutement.

AXE D'INTERVENTION

RESSOURCES FINANCIÈRES - ÉQUITÉ INTRARÉGIONALE DES RESSOURCES FINANCIÈRES

RÉSULTATS ATTENDUS

Mise en marche du processus visant à obtenir le portrait financier par établissement, par programme-services et de soutien

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
9 programmes-services et 2 programmes de soutien	Portrait régional par établissement et par programme	Reporté en 2005-2006

COMMENTAIRES

Le démarrage de ce dossier a été effectué en mars 2005. Par contre, beaucoup de données étaient disponibles au 31 mars 2005 sans être colligées dans le dossier d'équité intrarégionale.

Des résultats plausibles seront disponibles le 30 juin 2005 et la présentation régionale sera effectuée en septembre 2005.

AXE D'INTERVENTION

RESSOURCES MATÉRIELLES PLAN TRIENNAL DE CONSERVATION ET DE FONCTIONNALITÉ IMMOBILIÈRE DES DIX ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION

RÉSULTATS ATTENDUS

Recevoir et analyser le plan triennal de conservation et de fonctionnalité immobilière des dix établissements de la région.

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
100 % des plans déposés à l'Agence et font l'objet d'une analyse	100 % des plans	90 % des plans ont été analysés

COMMENTAIRES

Au 31 mars 2005, l'Agence avait reçu neuf plans triennaux de conservation et de fonctionnalité immobilière des établissements de la région.

La démarche avait été amorcée en décembre 2004. Plusieurs facteurs sont venus influencer les résultats, notamment le fait que ce soit la première année de préparation d'un plan triennal et qu'il y a eu la création des CSSS demandant ainsi à ces nouvelles organisations une vue d'ensemble des besoins en maintien d'actifs.

Tous les avis de conformité seront émis par l'Agence à la fin juin 2005.

AXE D'INTERVENTION

RESSOURCES MATÉRIELLES - PROGRAMME FONCTIONNEL ET TECHNIQUE (PFT) DE DEUX ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION

RÉSULTATS ATTENDUS

Participer à la démarche du PFT et analyser les demandes des établissements

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Selon le degré d'avancement des travaux	Selon le degré d'avancement des travaux	Suivi de l'évolution des travaux

COMMENTAIRES

Le PFT du CSSS du Lac-Témiscamingue est en démarche depuis 2003-2004. Le dépôt du plan et devis préliminaire devrait être effectué en 2005-2006.

RÉSULTATS ATTENDUS

Poursuivre les travaux du PFT du CSSS de la Vallée-de-l'Or à la suite des résultats de la démarche d'organisation de services en santé mentale

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Selon le degré d'avancement des travaux d'organisation de services	Selon le degré d'avancement des travaux	Suivi de l'évolution des travaux

COMMENTAIRES

Les travaux d'organisation de services en santé mentale devraient être disponibles en juin 2005, les travaux du PFT pourront donc reprendre en fonction des résultats reçus et suite à l'approbation de l'Agence.

AXE D'INTERVENTION

RESSOURCES INFORMATIONNELLES - PLAN DIRECTEUR RÉGIONAL DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES (PDRRI)

RÉSULTATS ATTENDUS

Préparer un plan directeur régional des ressources informationnelles en collaboration avec les dix établissements de la région et le déposer au MSSS le 30 juin 2005

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Participation de tous les établissements	100 % de participation	100 % de participation des établissements
Dépôt du plan directeur au MSSS le 30 juin 2005	Dépôt au MSSS le 30 juin 2005	Dépôt au MSSS le 15 avril 2005

COMMENTAIRES

Tous les établissements de la région ont participé à l'élaboration du PDRRI.

Le projet a été présenté en deux phases soit :

1re phase : Dépôt du *Plan sommaire d'informatisation* le 15 février 2005.
2e phase : Dépôt du PDRRI le 30 juin 2005.

Dans l'élaboration du PDRRI, la région devait considérer une étape supplémentaire au niveau du financement provenant du Fonds d'investissement pour la mise en place des RLS, fonds de financement partagé.

La région a déposé quatre projets jugés prioritaires et évalués à 3 305 261 $.

À ce jour, le MSSS a confirmé l'acceptation d'un projet (priorité numéro 1 de la région soit Index – patient régional) évalué à 2 018 335 $. Aucun financement n'a cependant été confirmé.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE

3

3 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE

LE RESPECT DES RÈGLES ET DES NORMES ÉDICTÉES PAR LE MINISTÈRE

L'Agence a subventionné 125 organismes communautaires dans le cadre du PSOC. Un total de 7 696 156 $ pour le financement de base des organismes communautaires ayant une mission en santé et services sociaux a été accordé en 2004-2005.

L'Agence a consolidé le financement de dix organismes communautaires en accordant une somme non récurrente de 50 000 $ au PSOC à partir des crédits régionaux. Les organismes communautaires ayant bénéficié de cette somme ont ainsi maintenu l'accessibilité aux activités offertes à la population.

Le total des subventions versées aux organismes communautaires au 31 mars 2005 a connu une hausse de 484 153 $ comparativement au 31 mars 2004. Cette hausse fait suite à l'indexation de l'enveloppe dédiée au financement des organismes communautaires et à l'ajout de crédits budgétaires par le MSSS. De plus, l'Agence a investi un total de 1 923 540 $ pour la réalisation d'entente de services pour des clientèles et des activités spécifiques particulièrement dans les programmes jeunesse, santé mentale, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.

En plus d'assurer le suivi de gestion des organismes communautaires, les activités de l'Agence auprès des organismes communautaires en 2004-2005 se résument comme suit :

- évaluation de la réponse des organismes communautaires en regard des services offerts à la population et le soutien budgétaire accordé;
- la création de liens significatifs avec les CSSS, avec les ministères de l'Emploi et de la Solidarité sociale, des Aînés, de la Condition féminine, de la Famille et avec l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) pour traiter des préoccupations qui touchent les activités des organismes communautaires qui desservent des personnes recevant des services de plusieurs ministères ou organismes gouvernementaux;
- la poursuite des mécanismes de concertation mis en place avec les organismes communautaires dans le cadre du Comité de partenariat.

En conformité avec les critères et les règles établis par le MSSS dans le cadre du PSOC, l'Agence a assuré la vérification des informations devant être fournies à titre de reddition de compte par les organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux, notamment :

- la conformité des activités offertes par les organismes avec l'énoncé de leur mission présentée à leur charte;
- l'apport significatif de chaque organisme communautaire auprès de la communauté dans la réalisation des activités;
- l'engagement et l'enracinement de chaque organisme dans son milieu;
- la capacité de concertation de chaque organisme avec les partenaires du milieu;
- la recherche de solutions concrètes aux besoins de la communauté exprimés par le milieu;
- la participation des utilisateurs aux décisions des organismes et leur contribution à la vie associative;

- la démonstration d'une bonne gestion des subventions accordées à l'organisme;
- les règles de fonctionnement soucieuses du respect de la vie démocratique;
- la diversification des sources de financement.

Les organismes communautaires ayant reçu une subvention en 2004-2005 déposeront à l'Agence, au 30 juin 2005, les rapports d'activités et financiers ainsi que les documents relatifs à la tenue de leur assemblée générale annuelle et une séance publique d'information.

LE COMITÉ DE PARTENARIAT

Le Comité de partenariat s'est réuni à six reprises au cours de la dernière année. Les travaux du Comité de partenariat ont surtout porté sur l'organisation d'un Forum sur l'action communautaire. Le 6 novembre 2004, ce Forum a réuni 130 personnes en provenance de l'Agence, des établissements et des organismes communautaires. Au terme de ce Forum, des pistes de réflexion se sont dégagées pour que des actions soient mises de l'avant en regard de la collaboration entre le réseau et les organismes communautaires, la reconnaissance du rôle des regroupements des organismes communautaires, le financement des organismes communautaires et la concertation.

Le Comité de partenariat a aussi traité des préoccupations quant à la situation des organismes communautaires au sein des réseaux locaux de services. Un représentant des directeurs généraux des établissements participe aux travaux du comité et permet de faire le lien à cet effet avec les directions générales des autres établissements.

Le Comité de partenariat a procédé à l'analyse d'une demande de reconnaissance en provenance d'un organisme communautaire souhaitant être reconnu comme ayant une mission en santé et services sociaux. De plus, le comité s'est penché sur des sujets touchant le financement des organismes communautaires, la qualité des services, le financement par ententes de services ainsi que la planification des services de santé et des services sociaux.

Finalement, l'Agence a diffusé un bottin présentant les coordonnées et des informations sur tous les organismes communautaires ayant un lien de collaboration avec l'Agence.

L'ÉCONOMIE SOCIALE

L'Agence a maintenu ses liens avec les entreprises d'aide domestique et les représentants du MSSS afin que soient améliorées les conditions de pratiques des entreprises d'aide domestique. La situation d'une entreprise en difficulté financière a fait l'objet de plusieurs interventions auprès du MSSS dans le cadre du Programme d'exonération financière en aide domestique.

Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

DONNÉES FINANCIÈRES

4

4 DONNÉES FINANCIÈRES

Situation financière de *l'Agence*

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Le président-directeur général

Normand Leblanc

Normand Leblanc

La directrice des ressources financières, matérielles et informationnelles

Lise St-Amour, CA

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2005 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai a exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 19 mai 2005. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'agence conformément à la section II.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance

Renaud Lachance, CA
Québec, le 12 août 2005

TABLEAU 18
FONDS D'EXPLOITATION - ÉTAT DES RÉSULTATS - EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005

	Activités principales		Activités accessoires	
	2004-2005 $	2003-2004 $	2004-2005 $	2003-2004 $
PROVENANCE DES REVENUS				
Subvention du MSSS	5 729 849	5 404 165	58 575	48 125
Revenus d'intérêts	12 234	15 418		
Revenus d'autres sources	401 925	455 113		
Total des revenus	6 144 008	5 874 696	58 575	48 125
NATURE DES DÉPENSES				
Salaires et avantages sociaux	4 174 955	4 063 542	36 392	29 400
Charges sociales	449 949	429 180	3 608	3 099
Frais de déplacement et d'inscription	327 074	335 371		1 523
Services achetés	447 108	304 636	18 575	14 103
Communications	160 425	151 273		
Loyer	202 057	202 865		
Location d'équipements	31 703	33 993		
Fournitures de bureau	75 593	70 885		
Autres frais	143 551	128 361		
Charges non réparties	8 850	55 294		
Total des charges d'exploitation	6 021 265	5 775 400	58 575	48 125
Dépenses d'immobilisations	51 271	49 882		
Total des dépenses	6 072 536	5 825 282	58 575	48 125
Excédent de l'exercice	71 472	49 414	0	0

Note : Données extraites de la page 200 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2004-2005.

TABLEAU 19
FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES - ÉTAT DES RÉSULTATS - EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005

	2004-2005 $	2003-2004 $
PROVENANCE DES REVENUS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	372 335	18 719
Contributions des établissements	424 700	311 912
Revenus d'intérêts	9 822	6 787
Contributions de fonds affectés	117 007	106 142
Revenus d'autres sources	48 678	195 876
Total des revenus	972 542	639 436
NATURE DES DÉPENSES		
Salaires et avantages sociaux	279 587	229 038
Charges sociales	32 635	27 108
Frais de déplacement et d'inscription	35 725	21 332
Services achetés	453 858	148 366
Communications	4 205	5 252
Loyer	7 235	6 000
Location d'équipement	686	
Fournitures de bureau	4 314	9 469
Autres frais	2 693	54 600
Total des charges d'exploitation	820 938	501 165
Dépenses d'immobilisations	83 125	141 837
Total des dépenses	904 063	643 002
Excédent (déficit) de l'exercice	68 479	(3 566)

Note : Données extraites de la page 201 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2004-2005

TABLEAU 20
FONDS COMBINÉS
ÉTAT DES SOLDES DE FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005

	Fonds d'exploitation		Fonds d'immo-bilisations	Fonds des activités régionalisées
	Activités principales $	Avoir propre $	$	$
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	39 195	140 325	1 717 546	757 681
ADDITIONS				
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	71 472			68 479
Régularisations – analyse financière	3 139			
Régularisations - autres	11 858		519 737	
Libération du surplus		42 334		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds				
-Fonds d'exploitation – Activités principales			51 271	
-Fonds affectés			556 768	
-Fonds des activités régionalisées			83 125	
TOTAL	86 469	42 334	1 210 901	68 479
DÉDUCTIONS				
Régularisations – autres			390 569	522 425
Libération du surplus	42 334			
Autres			17 331	
TOTAL	42 334	0	407 900	522 425
VARIATION DE L'EXERCICE	44 135	42 334	803 001	(453 946)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE	83 330	182 659	2 520 547	303 735

Note : Données extraites de la page 250 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2004-2005

TABLEAU 21
FONDS D'EXPLOITATION
BILAN
AU 31 MARS 2005

	2004-2005 $	2003-2004 $
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	179 061	562 511
Débiteurs :		
MSSS	404 410	68 272
Établissements	24 281	15 528
Fonds affectés	37 500	
Autres	151 943	147 386
Intérêts courus	369	1 468
Taxes à recevoir	19 935	18 249
Charges payées d'avance	32 848	15 729
TOTAL DE L'ACTIF	850 347	829 143
PASSIF		
À court terme		
Créditeurs et charges à payer :		
Établissements	1 318	10 122
Autres	359 880	487 850
Revenus reportés	223 160	151 651
TOTAL DU PASSIF	584 358	649 623
SOLDE DE FONDS	265 989	179 520
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	850 347	829 143

Note : Données extraites de la page 260 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2004-2005

TABLEAU 22
FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES
BILAN
AU 31 MARS 2005

	2004-2005 $	2003-2004 $
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	530 260	195 876
Débiteurs :		
MSSS	236 629	94 172
Établissements		40 854
Fonds affectés	829	57 116
Autres	2 120	31 497
Intérêts courus	1 047	531
Taxes à recevoir	7 613	12 193
Charges payées d'avance	683	
TOTAL DE L'ACTIF A COURT TERME	779 181	432 239
Immobilisations		519 737
TOTAL DE L'ACTIF	779 181	951 976
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	32 776	1 015
Créditeurs et charges à payer :		
Établissements	20 000	1 550
Autres	82 212	43 022
Revenus reportés	340 458	73 586
TOTAL DU PASSIF A COURT TERME	475 446	119 173
À long terme		75 122
TOTAL DU PASSIF	475 446	194 295
SOLDE DE FONDS	303 735	757 681
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	779 181	951 976

Note : Données extraites de la page 260 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2004-2005.

TABLEAU 23
FONDS DES IMMOBILISATIONS
BILAN AU 31 MARS 2005

	2004-2005 $	2003-2004 $
ACTIF		
Immobilisations	2 911 116	1 717 546
TOTAL DE L'ACTIF	2 911 116	1 717 546
PASSIF		
À court terme		
Autres éléments	829	
À long terme	389 740	
TOTAL DU PASSIF	390 569	0
SOLDE DE FONDS	2 520 547	1 717 546
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	2 911 116	1 717 546

Note : Données extraites de la page 261 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2004-2005

TABLEAU 24
SOMMAIRE DES FONDS AFFECTÉS CUMULÉS
BILAN ET SOLDE DE FONDS
AU 31 MARS 2005

	2004-2005 $	2003-2004 $
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	1 958 762	2 665 636
Débiteurs :		
MSSS	9 596 745	6 397 940
MSSS – subvention pour intérêts sur emprunts	41 754	42 100
Établissements	4 764 416	5 755 791
Taxes à recevoir	24 118	21 302
Autres	60 703	34 883
Intérêts courus	4 911	7 964
Autres éléments	36 927	40 317
Total - Actif à court terme	16 488 336	14 965 933
À long terme – Enveloppes décentralisées	38 876 803	41 327 383
TOTAL DE L'ACTIF	55 365 139	56 293 316
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	58 307	58 973
Emprunt de banque	4 556 820	5 547 741
Intérêts sur emprunt à payer	8 504	12 911
Créditeurs et charges à payer :		
Établissements	8 634 307	5 821 258
Organismes		227
Fonds d'exploitation	37 500	
Fonds des actifs régionalisés	829	57 116
Autres	355 059	714 712
Subventions reportées	278 021	209 394
Autres éléments		11 895
Total - Passif à court terme	13 929 077	12 434 227
Dette à long terme – Enveloppes décentralisées	38 876 803	41 327 383
TOTAL DU PASSIF	52 805 880	53 761 610
SOLDE DE FONDS		
Solde de fonds au début	2 531 706	5 558 314
Augmentation		
MSSS	19 570 739	14 589 847
Subvention pour intérêts sur emprunts	86 349	91 876
Revenus d'intérêts	75 268	125 313
Autres	7 009 645	7 675 542
Total	26 742 001	22 482 578
Diminution		
Attributions :		
Établissements	11 645 642	10 530 165
Organismes	75 834	69 928
Intérêts sur emprunts	86 349	91 876
Contributions au fonds d'exploitation	37 500	
Contributions du fonds des activités régionalisées	13 914	151 206
Charges d'exploitation :		
Salaires	102 221	447 722
Avantages sociaux	19 148	96 982
Charges sociales	13 153	63 307
Frais de déplacement et d'inscription	103 613	142 591
Services achetés	282 640	514 546
Location d'équipement	1 312	1 404
Fournitures de bureau	7 269	9 284
Autres charges d'exploitation	639 275	404 295
Dépenses d'immobilisations	556 768	
Autres	13 129 810	12 985 880
Total	26 714 448	25 509 186
Solde de fonds à la fin	2 559 259	2 531 706
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	55 365 139	56 293 316

Note : Données extraites des pages 262 et 263 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2004-2005.

TABLEAU 25
FONDS AFFECTÉS
SOMMAIRE DES BILANS ET ÉTATS DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS AU 31 MARS 2005

	Fonds des Immobilisations		Fonds des équipements	
	2004-2005 $	2003-2004 $	2004-2005 $	2003-2004 $
ACTIF				
Débiteurs :				
MSSS	4 946 555	2 522 937	4 575 928	3 186 237
Établissements	911 771	2 039 567	3 647 244	3 508 174
Taxes à recevoir			134	6 307
Enveloppes décentralisées			38 876 803	41 327 383
TOTAL DE L'ACTIF	5 858 326	4 562 504	47 100 109	48 028 101
PASSIF				
Découvert de banque	8 634	7 052	26 943	28 440
Emprunts de banque	911 771	2 039 567	3 645 049	3 508 174
Intérêts sur emprunts à payer	2 028	5 435	6 476	7 476
Créditeurs et charges à payer :				
Établissements	4 396 394	2 468 262	3 732 930	2 878 776
Fonds d'exploitation	37 500			
Fonds des activités région.			829	57 116
Dette à long terme – env.déc.			38 876 803	41 327 383
TOTAL DU PASSIF	5 356 327	4 520 316	46 289 030	47 807 365
SOLDE DE FONDS AU DÉBUT	42 188	43 237	220 736	1 693 094
PROVENANCE :				
Subventions du MSSS	5 023 475	3 656 720	6 816 388	3 573 280
Autres revenus	5 703	17 286	2 767 861	3 446 568
TOTAL DES REVENUS	5 029 178	3 674 006	9 584 249	7 019 848
ATTRIBUTIONS :				
Établissements	4 500 861	3 636 845	5 802 667	5 254 944
Intérêts sur emprunts	31 006	26 165	55 343	65 711
Contributions fonds d'exploitation	37 500			
Contributions fonds act. régionalisées		12 045	13 914	119 748
Contributions autres fonds affectés			355 000	
Autres charges d'exploitation			2 766 982	3 051 803
TOTAL DES DÉPENSES	4 569 367	3 675 055	8 993 906	8 492 206
SOLDE DE FONDS À LA FIN	501 999	42 188	811 079	220 736
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	5 858 326	4 562 504	47 100 109	48 028 101

Note : Données extraites des pages 510 à 533 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2004-2005.

TABLEAU 25
FONDS AFFECTÉS
SOMMAIRE DES BILANS ET ÉTATS DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS AU 31 MARS 2005
(suite)

	Services préhospitaliers d'urgence et transport d'usagers entre établissements		
			Total $
ACTIF			
Encaisse			615 774
Débiteurs :			
MSSS			8 988
Établissements			200 000
Taxes à recevoir			11 128
Intérêts courus			1 358
Autres			59 059
Autres éléments			2 420
TOTAL DE L'ACTIF			898 727
PASSIF			
Créditeurs et charges à payer :			
Établissements			417 701
Autres			297 649
TOTAL DU PASSIF			715 350
	Répétitif $	Non répétitif $	Total $
SOLDE DE FONDS AU DÉBUT			228 249
PROVENANCE			
Subventions du MSSS	5 472 263	206 963	5 679 226
SAAQ	1 904 856		1 904 856
Revenus autonomes	1 834 781		1 834 781
Revenus d'intérêts	19 384		19 384
Autres revenus	200 000	397 993	597 993
TOTAL DES REVENUS	9 431 284	604 956	10 036 240
ATTRIBUTIONS			
Contrats minimaux de services d'ambulance	8 199 849		8 199 849
Particularités régionales	72 410		72 410
Éléments rectifiables		90 030	90 030
Centre de communication santé	219 320		219 320
Formation et assurance qualité	244 733	36 309	281 042
Allocation de retraite		14 000	14 000
Participation au régime de retraite		30 000	30 000
Attribution à des établis. : hausse coûts transport	297 476		297 476
Ajustements des années antérieures		21 833	21 833
Charges d'exploitation			
Salaires	79 842		79 842
Avantages sociaux	12 496		12 496
Charges sociales	9 575		9 575
Services achetés	2 645		2 645
Fournitures de bureau	1 429		1 429
Autres charges d'exploitation	901		901
Dépenses d'immobilisations	1 199	553 349	554 548
Autres	168 971	24 745	193 716
TOTAL DES DÉPENSES	9 310 846	770 266	10 081 112
SOLDE DE FONDS À LA FIN			183 377
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS			898 727

Note : Données extraites des pages 511 à 531 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2004-2005.

TABLEAU 26

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005

		2004-2005 $	2003-2004 $
ENVELOPPE RÉGIONALE			
Montant de l'enveloppe excluant celui engagé en fonds affectés	1	260 435 235	255 961 783
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à l'agence et confirmé à l'enveloppe régionale	2	6 255 188	5 638 551
Montant de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R (L.01 + L.02)	3	266 690 423	261 600 334
Autres (préciser)	4		
TOTAL (L.03 + L.04)	5	266 690 423	261 600 334
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
Allocations aux établissements	6	247 809 110	242 407 179
Allocations aux organismes communautaires	7	9 478 629	9 063 489
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	8	1 722 875	1 833 208
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L.06 à L.08)	9	259 010 614	253 303 876
Fonds affectés indiqués à la ligne 2 – Montant attribué	10	5 951 774	5 198 893
Fonds affectés indiqués à la ligne 2 – Montant reporté	11	42 506	
Autres (préciser)	12	1 424 621	2 657 907
TOTAL DES AFFECTATIONS (L.09 À L.12)	13	266 429 515	261 160 676
Fonds affectés à la ligne 2 – Solde non attribué	14	260 908	439 658
TOTAL (L.13 + L.14)	15	266 690 423	261 600 334
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.05 – L.15)	16		

Note : Données extraites de la page 265 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2004-2005.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005

1. Constitution et objets

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a été constituée le 30 janvier 2004 en vertu de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. A-8.1). Elle a principalement pour objet de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés.

2. Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le rapport financier annuel comprend des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations de la direction de l'Agence. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement au solde du fonds acquéreur;

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

iii) Les revenus provenant du MSSS sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées, avant le 1er avril et imputée à une année financière écoulée, est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin de l'exercice;

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, dans certaines situations, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire). Il en est ainsi pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour les activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées;

vii) Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds ne sont présentés de façon cumulée pour tous les fonds;

viii) Les fonds autres que le fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

ix) Les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003 sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés n'est pas présentée;

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé;

xii) La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent.

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante.

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs.

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie de fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et des fonds affectés se retrouvent à la note 4.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libéré par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régime de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestation déterminée gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

3. Modification de convention comptable

À compter du présent exercice, l'Agence capitalise les acquisitions d'immobilisations du fonds des activités régionalisées au fonds d'immobilisations.

Cette modification appliquée de façon prospective a pour effet d'augmenter de 519 737 $ les immobilisations et le solde de fonds au 31 mars 2005 du fonds d'immobilisations. De même, les immobilisations et le solde de fonds du fonds des activités régionalisées ont diminué de ce montant au 31 mars 2005.

4. Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et des fonds affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2004-2005	2003-2004
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	51 271 $	49 882 $
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	83 125 $	141 837 $
Fonds affectés		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	556 768 $	

5. Provision pour vacances, congés de maladie, heures supplémentaires

Les sommes à payer au 31 mars 2005 au regard des banques vacances, congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2004-2005	2003-2004
Vacances	434 675 $	409 377 $
Congés de maladie	69 916	61 121
Heures supplémentaires	41 226	35 200
	545 817 $	505 698 $

6. Engagements contractuels

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 4 septembre 2008 pour des locaux administratifs et d'autres biens.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2005 s'élève à 238 170 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2006	227 418 $
2007	11 773
2008	7 462
2009	1 932
	248 585 $

7. Engagements budgétaires

Engagements au niveau des fonds affectés

La direction s'est engagée à verser certaines sommes d'argent à des établissements, organismes ou projets qui n'étaient pas versées ni comptabilisées au 31 mars 2005. Voici le détail par fonds de ces montants :

Budget 03-00 – Location d'espace :	
. Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue	11 227 $
. Centre Normand	25 000
	36 227 $

Budget 04-00 – Formation du réseau :	
. Formation intervenant – patients MPOC	14 000 $
. Gestion de projet	2 014
. Styles d'attachement	10 000
. Appropriation de pouvoir	8 500
. Analyse hors laboratoire	3 000
. Crise suicidaire	7 200
. Formation de première ligne en alcoolisme et toxicomanie	2 351
. Évaluation de l'autonomie des personnes âgées	6 000
. Formation – Intégration CLSC	1 730
. Profil de besoins – profil ISO-SMAF	5 117
. Réseaux locaux services intégrés en santé mentale	6 784
	66 696 $

Budget 14 – Médecins en régions éloignées :	
Composante 08 – Prime d'installation – Bourse de formation	
. Primes d'installation non récurrente pour omnipraticiens	220 000 $
Budget 76 – Priorités régionales :	
Composante 03 – Services ultraspécialisés	
. Plan de modernisation des laboratoires	
- CSSS Les Eskers de l'Abitibi	10 102 $
- CSSS de Rouyn-Noranda	8 616
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	13 990
. Projets RIS en radiologie	
- CSSS des Aurores-Boréales	10 737
- CSSS de la Vallée-de-l'Or	17 037
- CSSS de Rouyn-Noranda	23 551
- CSSS Les Eskers de l'Abitibi	6 959
- Réserve pour divers déboursés (services achetés, déplacements, etc)	22 808
. Projets	
- CSSS des Aurores-Boréales	6 498
	120 298 $

8. Éventualités

Les conventions collectives des employés du secteur public sont arrivées à échéance le 30 juin 2003. De plus, le 9 janvier 2004, la Cour supérieure a prononcé un jugement dans le dossier de l'équité salariale. Le 15 juin 2004, le gouvernement a rendu public le cadre budgétaire de sa politique de rémunération qui limite le redressement de la rémunération dans l'ensemble des secteurs public et parapublic à 12,6 % sur une période de six ans, soit du 1er avril 2004 au 31 mars 2010. Ce cadre budgétaire couvre le renouvellement des ententes avec les employés syndiqués, les cadres et les professionnels de la santé ainsi que le dossier de l'équité salariale. Le gouvernement est présentement en pourparlers avec les différentes associations, de sorte que l'impact monétaire demeure indéterminé pour l'Agence.

De plus, au cours de l'exercice antérieur, l'Agence a reçu une réclamation de 36 749 $ à titre de compensation financière pour le non respect de l'embauche d'une personne. La cause a été déposée et une procédure judiciaire est actuellement en cours. Il est présentement impossible d'évaluer le dénouement du litige et le montant, le cas échéant, qu'elle pourrait être appelée à verser. Conséquemment, aucune provision ne figure au rapport financier dans le fonds d'exploitation.

Situation financière des *établissements*

L'exercice financier 2004-2005 s'est soldé par un excédent régional de 515 399 $. Des dix établissements de la région, seulement deux établissements démontrent un déficit budgétaire. Le CSSS de la Vallée-de-l'Or a soumis un plan de remboursement de déficit accumulé pour l'exercice subséquent et le Centre Normand rembourse ce déficit via l'avoir propre de l'établissement.

TABLEAU 27
BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT EXCÉDENT OU (DÉFICIT) AU 31 MARS 2005

ÉTABLISSEMENTS	Budget net de fonctionnement		Excédent (déficit)	
	2004-2005 $	2003-2004 $	2004-2005* $	2003-2004 $
CSSS				
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	38 561 607	38 071 373	86 455	76 929
CSSS des Aurores-Boréales	32 737 720	32 170 498	357 893	169 897
CSSS de Rouyn-Noranda	52 258 110	51 061 213	48 220	129 363
CSSS de la Vallée-de-l'Or	56 638 825	54 987 205	(453 773)	148 506
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	4 836 258	4 755 961	66 424	104 116
CSSS du Lac-Témiscamingue	19 125 312	18 859 823	4 010	94 474
SOUS-TOTAL	204 157 832	199 906 073	109 229	723 285
CRPDI – CRPDP - CRPAPT				
CRDI Clair Foyer	14 368 254	14 145 418	12 913	21 386
CR La Maison	10 760 139	10 429 755	265 198	60 669
Centre Normand	2 199 544	2 255 883	(19 610)	9 820
SOUS-TOTAL	27 327 937	26 831 056	258 501	91 875
CPEJ - CRJDA				
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue	15 935 168	15 541 525	147 669	(846 841)
SOUS-TOTAL	15 935 168	15 541 525	147 669	(846 841)
TOTAL RÉGIONAL	247 420 937	242 278 654	515 399	(31 681)

* Avant l'analyse financière 2004-2005

AUTORISATION D'EMPRUNT TEMPORAIRE ACCORDÉE AU 31 MARS 2005

Le nouvel amendement au cadre de gestion de mai 2005 vient renforcir et préciser davantage les cas, conditions et circonstances suivant lesquels un emprunt peut être autorisé en vertu du premier alinéa de l'article 296 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-42) ainsi que le montant maximal de ces emprunts. Les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses courantes de fonctionnement sont sous la responsabilité entière du ministre. Toute demande d'emprunt est acheminée à l'Agence qui l'analyse et fait les recommandations au MSSS. Sur recommandation favorable de l'Agence, le MSSS autorise l'emprunt temporaire. Aucune limite ou plafond régional n'est considéré pour les dépenses courantes de fonctionnement.

En ce qui concerne les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses en immobilisation, elles sont sous la responsabilité de l'Agence jusqu'à concurrence de 3 % du budget brut de l'établissement concerné et dans les limites du plafond régional de 1 793 000 $; au-delà de l'une ou l'autre de ces limites, l'autorisation de l'Agence est sujette à l'obtention d'une dérogation ministérielle.

TABLEAU 28
AUTORISATION D'EMPRUNT TEMPORAIRE ACCORDÉE AU 31 MARS 2005

NATURE DES DÉPENSES	$	%
Dépenses courantes de fonctionnement	12 700 000	4,8
Dépenses en immobilisation	2 212 366	0,8
Total régional	14 912 366	5,6

TABLEAU 29
MONTANTS TOTAUX POUR CHACUN DES TYPES ET CATÉGORIES D'EMPRUNTS AU 31 MARS 2005

	Santé		Social		Total	
TYPES ET CATÉGORIE D'EMPRUNTS	Nombre d'emprunts nouveaux accordés au cours de l'exercice	Total emprunté au 31 mars 2005	Nombre d'emprunts nouveaux accordés au cours de l'exercice	Total emprunté au 31 mars 2005	Nombre d'emprunts nouveaux accordés au cours de l'exercice	Total emprunté au 31 mars 2005
DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT						
Déficit accumulé						
Ajustement régional						
Équilibre budgétaire			1	500 000	1	500 000
Tierce responsabilité			1	12 200 000	1	12 200 000
Stabilité/sécurité d'emploi						
TOTAL DES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT			2	12 700 000	2	12 700 000
DÉPENSES EN IMMOBILISATION						
Autofinancement	5	1 537 409	1	674 957	6	2 212 366
TOTAL DES DÉPENSES EN IMMOBILISATION	5	1 537 409	1	674 957	6	2 212 366
Total régional	5	1 537 409	3	13 374 957	8	14 912 366

Subventions aux *organismes communautaires*

TABLEAU 30
LISTE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR CATÉGORIE ET PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS AU 31 MARS 2005

ÉTABLISSEMENTS	Subvention accordée Programme SOC 2004-2005 $	Subvention accordée Programme SOC 2003-2004 $	Ententes de service et projets ponctuels 2004-2005 $	Ententes de service et projets ponctuels 2003-2004 $
ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES				
Accueil Harvey-Bibeau	142 405	130 443	50 000	50 000
Maison du Compagnon La Sarre	97 490	95 765		13 266
Maison du Soleil levant	129 573	153 625		
Manoir du chemin pour la sobriété	20 133	19 973		
Piaule de Val-d'Or inc.	100 020	69 757		
Unité Domrémy de La Sarre	5 308	5 266		
Unité Domrémy de Val-d'Or	27 711	27 491	20 853	22 200
Sous-total	522 640	502 320	70 853	85 466
ASSISTANCE ET ACCOMPAGNEMENT				
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes A-T			167 814	166 484
Sous-total	0	0	167 814	166 484
AUTRES RESSOURCES JEUNESSE				
Arrimage jeunesse			81 193	73 771
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs A-O	13 482	13 375		
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs R-N	10 000	10 433		
Assoc. Gr. frères Gr. sœurs V-D	9 906	10 339		
Carrefour jeunesse emploi				5 000
Centre ressources jeunesse AT			12 000	5 257
Espace Val-d'Or	114 887	113 977		
Groupe IO			42 999	36 885
Notre-Dame-du-Nord en santé			68 732	41 078
Projet jeunesse St-Michel	25 492	25 290		
Sous-total	173 767	173 414	204 924	161 991
AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)				
Assaut sexuel secours inc.	218 912	217 177	50 000	50 000
CALACS-ABITIBI (Centre aide/lutte agres. sexuelles)	20 000			
CAPACS A-O (Centre aide/prév. agres. sexuelles)	20 000			
Point d'appui	219 504	217 764		
Sous-total	478 416	434 941	50 000	50 000
CENTRES D'ACTIONS BÉNÉVOLES				
Centre de bénévolat La Sarre	40 816	40 493		
Centre de bénévolat Rouyn-Noranda	101 164	100 362		
Centre de bénévolat Val-d'Or	81 321	80 677	21 490	20 500
Centre de bénévolat Lac Témiscamingue	39 648	36 358		
Sous-total	262 949	257 890	21 490	20 500
CENTRES DE FEMMES				
Centre de femme l'Érige	105 669	83 771		
Collectif féministe	120 775	96 957		
Comité de la condition féminine	115 739	92 516		
Sous-total	342 183	273 244	0	0
COMMUNAUTÉS CULTURELLES				
Centre entraide et amitié autochtone Val-d'Or			3 419	5 000
Sous-total	0	0	3 419	5 000
CONCERTATION RÉGIONALE				
CROC-AT	53 406	52 983		
Sous-total	53 406	52 983	0	0

TABLEAU 30
LISTE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR CATÉGORIE ET PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS AU 31 MARS 2005 (SUITE)

ÉTABLISSEMENTS	Subvention accordée Programme SOC 2004-2005 $	Subvention accordée Programme SOC 2003-2004 $	Ententes de service et projets ponctuels 2004-2005 $	Ententes de service et projets ponctuels 2003-2004 $
FAMILLE				
Ligue La Lèche			14 000	
Maison de la famille Amos		43 739	19 118	38 981
Maison de la famille La Sarre		40 545	20 010	32 106
Maison de la famille Malartic		18 236	6 205	13 476
Maison de la famille Rouyn-Noranda-		40 756	35 164	59 867
Maison de la famille Senneterre		6 330	5 162	14 649
Maison de la famille de Val-d'Or		24 863	22 336	44 933
Pour tous les bouts de Chou		3 601	7 980	13 637
Sous-total	0	178 070	129 975	217 649
HOMMES EN DIFFICULTÉS				
Groupe Image du Témiscamingue	82 081	77 255		
SATAS (Service d'aide et de traitement en apprentissage social)	55 063	23 404		
Sous-total	137 144	100 659	0	0
MAINTIEN À DOMICILE				
Alliance des générations	5 897	5 850		
Ass. QC défense des droits personnes retraitées R-N				17 000
Ass. QC défense des droits personnes retraitées V-D				1 890
Bénévoles de Belcourt	4 009	3 977		
Bénévoles de Champneuf	5 045	5 005		
Bénévoles de Lamorandière	6 343	6 293		
Centre des bénévoles Uni-Joie	6 147	3 122		
Club de l'âge d'or de Ville-Marie	624	624		
Club de l'âge d'or de Vassan	3 500	3 584		
Comité bénévole Papillons dorés	4 303	4 269		
Comité bénévole Santé et Joie	6 280	6 230		
Comité bénévole Tournesol	3 665	3 636		
Comité de bénévoles de Rochebeaucourt	5 276	5 234		
Comité de bénévoles Les Glaneurs	3 110	3 110		
Comité de bénévoles Landrienne	3 094	3 069		
Corporation Soutien-Accueil d'Amos	5 227	5 186		
Coup de pouce communautaire Malartic	10 626	10 542		
Domaine de l'Hirondelle	8 726	10 629		
Entraide de quartier Le Point d'eau	28 986	28 756		
FADOQ			5 000	10 000
Groupe d'actions bénévoles A-O	39 472	36 183		
Groupe de service d'entraide secteur Est du Témiscamingue	2 297	2 279		
Indépendance 65 +	10 000	10 242	4 625	2 604
Maisonnée (La)	4 000	3 460		
Popote roulante d'Amos	7 402	7 343		
Popote roulante de Val-d'Or	13 673	10 589		
Regroupement des personnes aidantes naturelles R-N	1 346	1 335		
Table de concertation pers. âgées du Témiscamingue	45 433	58 153		
Sous-total	234 481	238 700	9 625	31 494
MAISON D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE				
Alternative pour elles	503 136	404 805		
Maison Mikana	413 520	350 024		14 400
Maison d'hébergement l'Équinoxe	350 786	329 866		
Maison d'hébergement Le Nid	427 910	364 659		
Sous-total	1 695 352	1 449 354	0	14 400

TABLEAU 30
LISTE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR CATÉGORIE ET PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS AU 31 MARS 2005 (SUITE)

ÉTABLISSEMENTS	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service et projets ponctuels	
	2004-2005	2003-2004	2004-2005	2003-2004
	$	$	$	$
MAISONS DE JEUNES				
Campus Jeunesse de Cadillac	27 889	24 097	2 800	
Jeunesse Action Val-d'Or inc.	67 339	63 234	95 757	82 114
Liaison 12-18 inc.	67 160	63 238	2 800	
Maison des jeunes de Barraute	28 870	22 563		2 715
Maison des jeunes de Landrienne			2 500	5 000
Maison des jeunes du Témiscamingue	67 343	63 238	11 147	11 147
Maison des jeunes F.R.A.D. inc.	50 000	51 207		
Maison des jeunes de La Sarre	67 339	63 234	35 300	18 000
Refuge jeunesse Malartic inc.	62 027	57 964	300	
Soupape Maison des jeunes inc.	67 343	63 238	11 099	6 695
Sous-total	505 310	472 013	161 703	125 671
MESURE DE RECHANGE				
Liaison justice (Référence jeunesse A-T)	475 424	441 320		28 079
Sous-total	475 424	441 320	0	28 079
MULTICLIENTÈLES				
Corporation de développement communautaire Universeau	17 218	17 082		
Mouvement relève d'Amos			43 270	36 889
ORDET	75 321	74 724		
Sous-total	92 539	91 806	43 270	36 889
PERSONNES DÉMUNIES				
Centre Bernard-Hamel	26 354	26 145	33 844	32 789
Fraternité St-Michel	17 510	15 883		
Maison St-André A-O	21 408	19 750		
Regroup. d'entraide sociale du Témiscamingue	35 688	35 405	12 881	12 791
Sous-total	100 960	97 183	46 725	45 580
PERSONNES HANDICAPÉES				
Accueil – association personnes et parents Senneterre	7 092	10 767		
Actia	23 538	26 367		
Aile brisée (L)			10 624	6 145
Arche d'Amos (Saule Fragile)	198 072	196 503	24 595	24 399
Ass. de parents d'enfants handicapés A-O	4 784	4 746		
Ass. de parents d'enfants handicapés du Témiscamingue	14 892	12 790	14 500	18 105
Ass. intégration sociale	42 887	42 547	24 790	24 594
Ass. Qc enfants dysphasiques (audimuets)	5 308	5 266		
Ass. Qc enfants problèmes auditifs (AQEPA)	6 200	6 200		
Ass. sourds et malentendants	9 917	9 838		
Ass. voir sans voir	9 698	9 621		
Centre amitié Témis			1 605	
Centre La Mésange	3 761		5 051	
Centre d'intégration physique l'Envol	22 033	24 874		
Centre ressources et vie autonome	24 046	23 855	1 260	10 900
Club A.C.V. Rouyn-Noranda inc.	9 383	9 309		
Club de l'amitié des handicapés d'Abitibi-Ouest	27 271	25 071	11 663	11 570
Club des handicapés de Val-d'Or	17 718	15 593	15 484	15 362
Corporation de répit-dépannage La Chrysalide	56 956	43 061	11 661	11 569
Intrépides Rouyn-Noranda	24 411	27 233		
Pilier (Le)	18 010	9 807	10 080	10 000
RASPHA (Regroup. des associations services aux personnes handicapées Amos)	25 788	23 599		

TABLEAU 30
LISTE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR CATÉGORIE ET PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS AU 31 MARS 2005 (SUITE)

	Subvention accordée Programme SOC		Ententes de service et projets ponctuels	
	2004-2005	2003-2004	2004-2005	2003-2004
	$	$	$	$
Ressource d'aide et service aux personnes handicapées	18 799	15 539	469 119	455 793
Société québécoise de l'autisme de l'Abitibi-Témiscamingue	36 863	36 571	91 968	73 071
Transport adapté Nottaway				13 510
Sous-total	607 427	579 157	692 400	675 018
SANTÉ MENTALE				
Appartements communautaires Le Pont	5 147	5 266		
Centre de prévention suicide du Témiscamingue	29 431	29 198		8 991
Centre de prévention suicide de Rouyn-Noranda	68 155	67 615	3 510	
Centre de prévention suicide de Malartic	18 728	18 580		3 000
Centre de prévention suicide de Senneterre	16 136	16 008	3 042	
Centre de prévention suicide de Val-d'Or	49 374	48 983	4 066	5 700
Centre régional de prévention suicide de l'A-T	281 567	279 336		2 692
Chaumière (La)	127 995	130 981		
Comité de prévention suicide d'Amos	48 645	48 259	6 866	3 309
Comité local de prévention suicide d'Abitibi-Ouest	37 926	37 625	7 053	
Entretoise du Témiscamingue	102 271	101 461		
Équipe La Petite Rencontre	134 657	133 589	23 858	23 670
Giboulée (La)	97 238	100 468	23 809	11 364
Groupe en toute amitié de Senneterre	6 727	7 186		
Groupe entraide personnes dépressives/maniaco-dépressives		2 000		
Groupe Soleil	123 617	122 638	79 518	78 887
Maison 4 saisons du Témiscamingue	101 761	103 466		
Pont (Le) de Rouyn-Noranda	174 429	173 907	17 642	17 642
Portail (Le) (Association parents et amis du malade mental)	49 006	21 082	9 390	9 316
RAIDD-AT (Res.aide & inf.déf.droits A-T)			43 333	
Relais (Le)	45 408	10 541		
Rescousse (La)	45 407	10 539	16 920	16 786
Résidence des Saules	20 575	24 978		
TCROCASMAT			23 701	23 513
Trait Union (Le)	200 214	202 628	49 017	48 628
Valpabem	48 800	20 483	9 617	9 541
Sous-total	1 833 214	1 716 817	321 342	263 039
SANTÉ PHYSIQUE				
Albatros 08 inc.	25 125	16 865		
Amis de l'Envol	4 130	4 097		
Association de la fibromyalgie	23 903	14 358		
Association des diabétiques du Témiscamingue	4 646	4 609		
Association diabète de R-N	4 000	4 097		
Société Alzheimer de R-N	21 138	16 541		
Société Alzheimer de Val-d'Or	25 721	22 541		
Société sclérose en plaques A-T	22 281	22 104		
Sous-total	130 944	105 212	0	0
SIDA				
Centre des ROSÉS de l'A-T	50 000	50 920		
Sous-total	50 000	50 920	0	0
TOTAL	7 696 156	7 216 003	1 923 540	1 927 260

CODE D'ÉTHIQUE DES ADMINISTRATEURS PUBLICS DE L'AGENCE

5

CODE D'ÉTHIQUE DES ADMINISTRATEURS PUBLICS DE L'AGENCE

En vertu de l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, le conseil d'administration de toute agence est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie.

Celui-ci rappelle les administrateurs à un devoir d'éthique et de loyauté et indique les modalités à suivre si l'on juge qu'il y a des irrégularités.

Les formulaires de « Déclaration des intérêts des administrateurs publics » et « Engagement personnel » ont été complétés et signés par tous les membres du conseil d'administration de l'Agence, sans exception.

À ce jour, il n'y a eu aucun manquement au code d'éthique.

Introduction

La présente section indique les principes d'éthique devant guider les administrateurs publics de l'Agence (ci-après nommé l'administrateur ou les administrateurs). Le terme « administrateurs publics » vise les membres du conseil d'administration, le président-directeur général et le directeur de santé publique.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 (ci appelée « la loi ») rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administrateurs publics. Ils sont formulés en regard des membres de conseil d'administration d'une agence (article 406).

> « ... les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait, en pareilles circonstances, une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'agence et de la population de la région pour laquelle l'agence est instituée. »

D'autre part, *le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c.M-30 a.3.0.1 et 3.0.2, 1977, c.6a.1) précise, à l'article 4 :

> «...Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens...»

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q. C. S-4.2), tel qu'amendée par la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (L.R.Q. 2001, ch. 24), le conseil d'administration de l'Agence est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- assurer la participation de la population;
- définir les politiques et orientations;
- allouer les ressources;
- assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions.

La nomination par le gouvernement des membres du conseil d'administration fait en sorte qu'ils sont assujettis aux dispositions *du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (ci-après, le Règlement), lequel Règlement a pour objet (article 1) :

> « ... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et des entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrateurs et les administrateurs publics. »

Le code d'éthique exprime la volonté de l'ensemble des administrateurs d'avoir des comportements au-dessus de tout soupçon et cohérents avec les obligations de dépositaires de fonds publics.

DÉCLARATION DE PRINCIPE

Attendu que les administrateurs identifient les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir, en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population, des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité et de la confidentialité;

Les administrateurs de l'Agence s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auxquels ils seront appelés à participer :

- primauté des intérêts de la population à desservir;
- équité dans la distribution des ressources dans la région.

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence.

Dispositions générales

Le présent code d'éthique détermine les devoirs et les obligations de conduite des administrateurs dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

En cas de doute, l'administrateur agit selon l'esprit des principes et des règles du présent code et du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01). Il doit, de plus, organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

OBJECTIF DU CODE D'ÉTHIQUE

Le présent code d'éthique a pour objectif de faire en sorte que toutes les personnes concernées connaissent les règles que l'organisation leur indique de suivre, pour qu'il y ait, non seulement apparence, mais aussi évidence d'honnêteté, de transparence et absence de bénéfice personnel dans leurs activités à l'Agence.

PERSONNES CONCERNÉES PAR LE CODE D'ÉTHIQUE

Ce code d'éthique s'applique exclusivement aux membres du conseil d'administration, au président-directeur général et au directeur de santé publique de l'Agence, puisqu'ils ont été nommés par le gouvernement.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

- L'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances, une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.
- L'administrateur s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- L'administrateur s'engage à rendre ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.
- L'administrateur s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration ou à défaut, il motive son absence.
- L'administrateur s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.
- L'administrateur s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.
- L'administrateur s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis-clos.
- L'administrateur s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.
- L'administrateur s'engage à éviter toute partisannerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

RÈGLES RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS, DE RÔLES ET DE RESPONSABILITÉS

- L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- L'administrateur prévient tout conflit d'intérêts, de rôles et de responsabilités et évite de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions.
- L'administrateur ne recherche pas, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.
- De plus, l'administrateur ne confond pas les biens de l'organisme avec les siens et ne les utilise pas à son profit ou au profit d'un tiers.
- Le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.
- Le fait d'être un membre du conseil d'administration de l'Agence ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil d'administration dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil d'administration.
- L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

DÉCLARATION D'INTÉRÊT

Compte tenu des règles énoncées sur les conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités, l'administrateur s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la loi dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

> ***Article 154***
> *Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre, doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.*
>
> *Le fait, pour un membre du conseil d'administration, d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).*

- L'administrateur dépose annuellement devant le conseil d'administration une déclaration d'intérêt (annexe I) écrite, mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

  En cours d'année, si sa situation évolue, l'administrateur a la responsabilité et l'obligation de procéder au dépôt d'une nouvelle déclaration d'intérêt.

ACTIVITÉS POLITIQUES

- Lorsqu'un administrateur est désigné comme porte-parole de l'Agence, il fait preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.
- Le président ou la présidente du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.
- La personne élue à la présidence du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions; les articles 22 à 26 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01) précisent alors les règles applicables à sa situation.

RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES

- Le membre du conseil d'administration respecte les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la personne qui préside dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.
- Le membre du conseil d'administration respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.
- Le membre du conseil d'administration respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis-clos pour ce faire.
- Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- Le membre du conseil d'administration peut, s'il le désire, faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
- Le membre du conseil d'administration évite de ternir la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

INTERDICTION DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

L'administrateur ne sollicite pas, n'accepte pas et n'exige pas d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

- Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

- Le président-directeur général et le directeur de santé publique ne peuvent recevoir, en outre de leur rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

- Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui ne sont pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

- Le membre du conseil d'administration témoigne de respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

MÉCANISME D'APPLICATION ET DE RESPECT DU CODE

- Le président ou la présidente du conseil d'administration s'assure du respect des principes d'éthique par les administrateurs.

- Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer, à cet effet, l'engagement personnel (annexe II).

- Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration complète, signe et remet une déclaration qui apparaît à l'annexe I du présent code et elle amende cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique, en saisit le président ou la présidente du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier ou de cette dernière, le vice-président ou la vice-présidente du conseil d'administration.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration consulte le comité d'éthique afin de déterminer s'il y a eu manquement au code d'éthique ou, pour l'aider dans sa décision, d'en saisir ou non le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration qui est d'avis qu'il y a eu un manquement de la part d'un administrateur, pouvant entraîner une sanction disciplinaire, avise le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui est l'autorité compétente pour agir.

- Ce comité est consultatif au président ou à la présidente du conseil d'administration à qui la décision finale appartient. Le comité est composé de trois membres du conseil d'administration, excluant les officiers. Il décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

- Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il rédige un rapport contenant un sommaire de l'enquête. Ce rapport est confidentiel.

- Le président ou la présidente du conseil d'administration transmet ce rapport au secrétaire général associé, responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

- Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

- Les personnes qui effectuent les enquêtes sont tenues à la confidentialité.

PUBLICITÉ DU CODE D'ÉTHIQUE

- L'Agence rend accessible un exemplaire du code d'éthique des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

- L'Agence publie dans son rapport annuel de gestion, le code d'éthique des administrateurs.

- Le rapport annuel de gestion de l'Agence fait état :
  a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
  b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
  c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
  d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de leur charge.

ANNEXES

(3) 11

Annexe 1

Déclaration des intérêts des administrateurs publics

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec
Abitibi-Témiscamingue

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'Agence ou qui sont susceptibles d'en faire.

   _____

   _____

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'Agence ou qui est susceptible de le devenir.

   _____

   _____

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi	Employeur
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. J'occupe une fonction ou suis membre des organismes suivants :

   _____

   _____

   _____

   _____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

_____	_____
Prénom et nom	Signée à
_____	_____
Signature de l'administrateur	Jour / mois / année

Annexe 2

Engagement personnel

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec
Abitibi-Témiscamingue

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

* * *

Je, _____, administrateur à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, ai pris connaissance du Code d'éthique des administrateurs

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

_____ Signature

_____ Date

Annexe 3

Effectifs des établissements au 31 mars 2005

PERSONNEL	2004-2005	2003-2004	Variation
PERSONNEL CADRE			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi)	224	214	10
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi) :			
• **Nombre de personnes**	26	26	-
• **Équivalents temps complet**	17	17	-
Personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi	7	9	(2)
PERSONNEL RÉGULIER			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)	2245	2206	39
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)			
• **Nombre de personnes**	1418	1373	45
• **Équivalents à temps complet**	873	841	32
Personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi	8	5	3
PERSONNEL NON-DÉTENTEUR DE POSTE			
• **Nombre d'heures rémunérées**	1 645 171	1 670 266	(25 095)
• **Équivalents à temps complet**	901	913	(12)

Source : Données opérationnelles selon le rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2005 (page 233).

Service régional de la main-d'œuvre de l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2005

SECTEURS D'ACTIVITÉS	Nombre de secrétaires disponibles
EMPLOYÉS DE BUREAU	1
PROFESSIONNELS	1
TECHNICIENS	1
SERVICES AUXILIAIRES	1
TOTAL	4

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Abitibi-
Témiscamingue